Rok XLII. Kraków 16 Maja 1903. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali
Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,
docenci chorób wewnętrznych.

Rozpoznanie chorób dróg moczowych opiera się przeważnie na badaniu moczu. Ze zwykłych zaś metod klinicznego badania, mianowicie obmacywania, opukiwania, a zwłaszcza osłuchiwania okolicy nerkowej, jedne zupełnie nie są stosowane, inne zaś tylko w rzadkich razach; jeśli zaś niektórzy klinicyści i nie zaniedbują tych metod, to wszakże przypisują mało znaczenia wynikom, otrzymanym tą drogą. W obecnym czasie uwaga klinicystów więcej jest zwrócona na metodę fizykalnego badania wydolności nerek, mianowicie na oznaczenie obniżenia punktu zamarzania moczu [1]), na stopień przepuszczalności błękitu metylenowego przez nerki, na metodę florydzynową i t. d. Zaniechanie metody obmacywania i opukiwania ma swoje uzasadnienie w głębokiem położeniu nerek. Jeśli więc ta postawa klinicystów względem przytoczonych metod jest zrozumiała w tych chorobach nerek, które oprócz cechujących zmian w moczu sprowadzają poważne zaburzenia w całym ustroju, to trzeba przyznać, że sprawa przedstawia się zupełnie inaczej, gdy chodzi o choroby miedniczek nerkowych, zwłaszcza o nieżytowe ich zapalenie. Rozpoznanie tych postaci zapalenia miedniczek nerkowych słusznie jest uważane za jedno z najtrudniejszych zadań dyagnostyki, zwykle bowiem im nie towarzyszą znamienne zmiany w składzie moczu, na który jest skierowaną cała uwaga klinicystów. Niektórzy zaprzeczają wprost możności rozpoznania tej sprawy chorobowej. Tymczasem dwunastoletnie spostrzeżenia nasze w klinice lekarskiej przekonywują, że i te, trudne do rozpoznania postacie nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych [2]), mogą być w przeważnej większości przypadków rozpoznane. Właśnie zaniedbywane zwykle obmacywanie i opukiwanie okolicy nerek zajmuje w tem rozpoznaniu jedno z najważniejszych miejsc: mają one na względzie oznaczenie czucia lub tkliwości na ból okolicy nerkowej. Podobne oznaczenie ma doniosłą wartość, według zdania bowiem wszystkich klinicystów rozlane schorzenia tkanki nerkowej przebiegają prawie zawsze bez bolu, wyłączając ostre zapalenie nerek, któremu towarzyszy nieco wzmożona tkliwość, lub uczucie ciśnienia w okolicy nerek; w sprawach ograniczonych (ropień, zapalenie okołonerkowe *(paranephritis)*, gruźlica, rak, wodonercze przemijające *(hydronephrosis intermittens)*, kamienie itd.) przeciwnie, chorzy uskarżają się na wyraźną bolesność w okolicy nerki. Ponieważ zaś większa część tych chorób wywołuje mniej więcej znaczne zmiany w moczu, to po wyłączeniu ich oznaczenie bolesności może dostarczyć doniosłej wskazówki do rozpoznania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych. Musimy tu jednak zaznaczyć, że w ostatnim czasie Israël [1]) na podstawie spostrzeżeń własnych przyszedł do wniosku, że i przewlekłe zapalenie samych nerek może, wbrew ogólnie przyjętemu poglądowi, wywoływać napady typowej kolki nerkowej, przypominające zupełnie kolkę, zależną od kamieni, a wywołaną zatkaniem kamykiem ujścia moczowodu. Sprawa zapalna może być umiejscowioną tylko w jednej nerce, stanowiąc tym sposobem dotychczas nie uznawane przez klinicystów jednostronne zapalenie nerek. W innych razach zapalenie może być w jednakowym stopniu w obydwóch nerkach, pomimo to jednak bole będą ograniczać się wyłącznie do okolicy nerkowej po jednej stronie, rozpromieniając się stąd wzdłuż moczowodu ku pęcherzowi moczowemu i cewce moczowej. Mocz w tych przypadkach może nie przedstawiać żadnych zmian, właściwych dla przewlekłego zapalenia nerek i nawet same nerki mogą przy oglądaniu ich gołem okiem czynić wrażenie, jakoby były zupełnie niezmienione; tymczasem drobnowidowe ich badanie wykrywa często znaczne już zmiany, nieraz ograniczone do jednej, którejkolwiek okolicy nerek. Napady kolki nerkowej w tych zapaleniach nerek nie powstają według Israëla wskutek zatrzymania moczu, które odgrywa rolę w razie kamicy nerkowej lub nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych, lecz jako następstwo silnego wzmożenia ciśnienia wewnątrznerkowego, występującego wobec znacznego zaostrzenia sprawy zapalnej, lub wzmożonego przypływu krwi do nerki, lub wreszcie innych przyczyn. Wzmożenie ciśnienia może wystąpić z taką nagłością, że włóknista torebka nerkowa, odznaczająca się zdolnością tylko powolnego rozciągania się, nie może dostatecznie rozszerzyć się, wskutek czego nerka ulega uwięźnięciu.

Podobne zapalenia nerek zdarzają się stosunkowo rzadko; sądząc ze statystyki Israëla, nie częściej nad 5%. Dla udowodnienia wyżej przytoczonych poglądów Israël podaje 14 historyj chorób. Musimy jednak zaznaczyć, że historye te przy bliższem rozejrzeniu się nie są dostatecznie przekonywające. Sprawa więc przewlekłego zapalenia nerek, sprowadzającego bole, musi pozostać jeszcze w zawieszeniu.

[1]) Szczegóły o tym przedmiocie znajdzie czytelnik w artykule W. Orłowskiego: »Mocznica w świetle badań współczesnych«. (Gazeta lekarska, 1900, Nr. 22).

[2]) Przez nieżytowe zapalenie miedniczek nerkowych rozumiemy taki ich stan zapalny, podczas którego w moczu wydziela się nietylko w zwiększonej ilości śluz, lecz niekiedy i ciałka ropne w ograniczonej ilości; domieszka ciałek ropnych może być i znaczniejszą, lecz tylko czasową, mianowicie w okresie zaostrzenia się sprawy.

Własne nasze spostrzeżenia nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że bolesność w okolicy nerek ma ogromne znaczenie w rozpoznawaniu nieżytowych postaci zapalenia miedniczek nerkowych. Nim jednak przystąpimy do opisu metod oznaczania tej bolesności, używanych w klinice ś. p. Pasternackiego, zastanowimy się pokrótce nad temi danemi, dotyczących dróg moczowych, które zwykle otrzymujemy od chorych przed badaniem przedmiotowem.

Najpierw rozpytujemy chorego o dokuczające mu dolegliwości i o ich siedzibę: w którem mianowicie podżebrzu się usadowiły? czy są stałe, czy wzmagają się podczas ruchów tułowia, lub po spożyciu pokarmu i t. d.? na jaką przestrzeń rozpromieniają się te bóle — ku dołowi wzdłuż moczowodu, w kierunku do odpowiedniego jądra i dolnej kończyny, lub w górę do klatki piersiowej, lub wreszcie czy nie rozchodzą się po całym brzuchu? czy chory uczuwa ból również w okolicy lędźwiowej wogóle, czy tylko w jednej z okolic nerkowych, i jak daleko on się rozpromienia? Następnie dowiadujemy się, jak dawno chory ma te bole i jaki przebieg choroba miała dotychczas; czy nie było czasami zaostrzenia bolu z znacznem pogorszeniem stanu ogólnego, z gorączką, zmianami w moczu i t. d.? jak długo takie zaostrzenia trwały? Następnie, prowadzą się wywiady, dotyczące szczegółów, które poprzedziły chorobę, zwłaszcza czy nie miał chory rzeżączki (jak leczył się, czy rzeżączka została wyleczoną?), czy nie zauważył częstszego oddawania moczu, bolesnego parcia na mocz? jak szybko wystąpiły po zakażeniu się rzeżączką bole w okolicy nerkowej, czy wystąpienia tych bolów nie poprzedził uraz lub choroba zakaźna (dur, płonica i t. d.?) Następnie dowiadujemy się, jak często chory oddaje mocz, zwłaszcza w nocy, czy nie jest mocz okresowo mętny, czy okresy zmętnienia moczu i zwiększenia jego ilości nie występują podczas zwolnienia bolów, okresy zaś zmniejszenia ilości i przeźroczystego stanu moczu podczas obostrzenia bolów i pogorszenia ogólnego stanu chorego, czy nie zauważył w moczu krwi lub kamyków?

Po tych wywiadach przystępujemy do przedmiotowego badania dróg moczowych. W gruncie rzeczy metody tego badania nie różnią się od zwykle używanych względem innych narządów i polegają głównie na obmacywaniu i opukiwaniu. Jak wiadomo, większość klinicystów używa przy badaniu nerek tylko obmacywania w położeniu chorego stojącem lub leżącem na wznak; tym sposobem można oznaczyć ruchomość nerki, obecność w niej nowotworu i t. d. Tylko Israël[1]) i Guyon[2]) szczegółowo rozstrząsają fizykalne badanie nerek i podają własne ku temu metody. Metoda Guyona polega na tem, że badający kładzie swe ręce w położeniu leżącem chorego tak, jak przy zwykłem obmacywaniu nerek, mianowicie jedną na przedniej powierzchni brzucha, drugą zaś w trójkącie żebrowo-kręgowym, utworzonym przez ostatnie żebro i wyrostki ościste pierwszych kręgów lędźwiowych; naciskając z lekka ręką pierwszą dla uniknięcia skurczu powłok brzusznych, palcami drugiej ręki robi Guyon szybkie krótkotrwałe uderzenia wstrząsające, które udzielają się nerce i następowo ręce, leżącej na przedniej powierzchni brzucha. Tą metodą Guyon o wiele wcześniej rozpoznawał początkowy okres opadnięcia nerki i zwiększenia jej objętości, niż to stwierdzić można przez zwykłe obmacywanie. Metodę tę nazwał on *ballotement rénal.* Nerki prawidłowe nie mogą być wyczute tą metodą. Dalsze spostrzeżenia wykazały jednak, że *ballotement rénal* wywołuje się tylko w razie istnienia warunków sprzyjających (umiarkowanie rozwinięta podściółka tłuszczowa, zwiotczenie powłok brzusznych i t. d.). Z innej zaś strony Guyon, Albarran, Tuffier i inni wywoływali ten objaw również przy przeroście prawego płatu wątroby i w razie nowotworów, przylegających bezpośrednio do trójkąta żebrowo-lędźwiowego. Wreszcie *ballotement* nie można otrzymać, gdy nowotwór nerki występuje wskutek wielkich swoich rozmiarów z wspomnianego trójkąta do okolicy lędźwiowo-brzusznej, ponieważ w tych razach traci on swoją ruchomość. Israël bada nerki w położeniu bocznem: chory kładzie się na bok, przeciwległy badanemu, i zgina dolne kończyny w stawach kolanowym i udowym; podobne położenie pociąga w następstwie luźność powłok brzusznych po stronie badanej i opadnięcie samą siłą własnego jej ciężaru badanej nerki ku dołowi i przodowi; prawidłowe bowiem nerki, jak wynika ze spostrzeżeń Israëla, Senatora[3]) i innych, są poniekąd ruchome, jeśli nie są umocowane sprawą zapalną lub nowotworową; badający kładzie palce jednej ręki na lewą okolicę lędźwiową, a drugą rękę na odpowiednie miejsce przedniej powierzchni brzucha tak, że końce środkowego i wskazującego palców znajdują się o 2 poprzecznych palców niżej miejsca połączenia 9 i 10 chrząstek żebrowych; naciskając jednocześnie obydwiema rękami, uczuwa badający podczas głębokiego wdechu, zwłaszcza pod koniec jego, uderzenie nerki o rękę, leżącą na przedniej powierzchni brzucha. Metoda ta dała Israëlowi w większości przypadków, po dokładnem oczyszczeniu jelit, możność wymacania dolnej $1/3$ lub nawet połowy zupełnie prawidłowej i nie opuszczonej nerki, nie mówiąc już nawet o małych jej nowotworach (o średnicy 5 fenigów). Większość jednak autorów (Guyon, Récamier[1]) Leo[5]) i in.) przeczy możliwości wyczuwania nerki prawidłowej i nie opadniętej, zarówno w położeniu leżącem na wznak, jak i w bocznem. Z tem zdaniem zgadzają się i nasze spostrzeżenia.

Wszystkie te metody nie dają nam wskazówek rozpoznawczych w tych chorobach nerek, którym nie towarzyszy powiększenie rozmiarów nerki lub jej opadnięcie. Do rzędu tych schorzeń należą właśnie nieżytowe postacie zapalenia miedniczek nerkowych. W tych razach badanie nerek odbywa się w naszej klinice w sposób następujący: W leżącem na wznak położeniu chorego ze zgiętemi kolanami obmacujemy prawe i lewe podżebrze, z początku naciskając zlekka, a następnie silniej. Jeśli którakolwiek miedniczka nerkowa jest zajęta sprawą zapalną, to ucisk wywołuje w odpowiedniem podżebrzu uczucie bolu. Jeśli ból jest niewyraźny, to przechodzimy do zwykle używanego obmacywania nerek i zwracamy baczną uwagę, czy nie sprawia ono bolu; jednocześnie skierowujemy naszą uwagę, czy nie wyczujemy brzegu lub nawet całej nerki; jeśli nerka nie jest opadniętą, to zwykle jej nie wyczuwamy; niekiedy jednak w podżebrzu wyczuwa się jakieś ciało o zarysach niewyraźnych, bolesne na ucisk; zwykle to ma miejsce podczas zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczce nerkowej, gdy śluz, a w ropnem zapaleniu ropa, zatykają ujście moczowodu i wskutek tego wywołują rozwój wodonercza przemijającego. Jeśli badanie wykryło bolesność, badamy jej rozpromienianie się; gdy zaś bolesność jest niewyraźną, przechodzimy do wstrząsania okolicy nerkowej w położeniu leżącem: podłożywszy ręce pod okolice

nerkowe, szybko je wstrząsamy, co sprowadza ból w miedniczce, zajętej sprawą zapalną; po stronie zaś zdrowej chory nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Po skończeniu obmacywania przystępujemy do opukiwania okolicy nerek z tyłu; opukujemy z początku z lekka młoteczkiem o plesymetr, położony na okolicę nerkową. W razie zapalenia miedniczki nerkowej, wskutek wstrząśnienia, któremu ulegają w tem badaniu warstwy okołonerkowe, powstaje ból, który rozpromienia się zwykle z tyłu ku przodowi, niekiedy zaś wzdłuż moczowodu Podobne opukiwanie sprawia ból nie zawsze; wstrząsanie bowiem warstw okołonerkowych dotyczy tu zaledwie tkanek powierzchownych. W takich razach używamy uderzenia złożoną pięścią jednej ręki o drugą, leżącą na okolicy nerkowej. Ten sposób wywołuje ból prawie zawsze, jeśli miedniczka jest zajętą sprawą zapalną.

Wszystkie te metody mają na celu wykazanie bolesności w okolicy nerki i posiadają wskutek tego doniosłe znaczenie, ponieważ bolesność ta przedstawia, jak potwierdzają nasze spostrzeżenia, jedną z poważniejszych oznak nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych. Niestety większość klinicystów (Ultzmann[6]), Fürbringer[7]), Rosenstein[8]), Labadie-Lagrave[9]), Guyon[2]), Fischl[10]) i inni) nie zwracają uwagi na ten objaw w omawianej sprawie chorobowej. Ziernow[11]), Fiłatow[12]) i Zacharyas[13]) przypisują mu nieco wagi, lecz i oni nie wchodzą w bliższe rozejrzenie się w metodach wykazania bolesności, jej charakteru i t. d. Słuszność wymaga przyznać, że w naszem piśmiennictwie Goldflam[14]) opisał w r. 1900 wszystkie te metody, których używaliśmy już oddawna w klinice. Wykrytej temi metodami bolesności Goldflam jednak przypisuje znaczenie drugorzędne w porównaniu z innemi metodami badania.

Wyłuszczonym poglądom na znaczenie bolesności w okolicy nerkowej przeczą spostrzeżenia nasze, przeprowadzone przez szereg lat w klinice lekarskiej ś. p. Pasternackiego). Nasi chorzy na przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych w wolnych od zaostrzenia okresach nie skarżyli się prawie na bole w okolicy nerkowej; jeśli bole ich niepokoiły, to przeważnie podczas energiczniejszych ruchów tułowia, przybierając w tych razach cechy bolu ciągnącego; samoistne zaś bole występowały przeważnie tylko w czasie zaostrzenia sprawy zapalnej. We wszystkich tych przypadkach jednak opukiwanie okolicy nerkowej zawsze sprawiało ból, mniej lub więcej wyraźny, zależnie od natężenia przewlekłej sprawy zapalnej w miedniczce. Bole, które zjawiały się podczas opukiwania, rozpromieniały się w przeważnej części przypadków z tyłu ku przodowi w odpowiednie podżebrze; przy obmacywaniu zaś z przodu rozchodziły się one wzdłuż moczowodu, nieraz w kierunku do jądra, rzadziej wzdłuż uda i goleni, czasami zaś nie odznaczały się ścisłym kierunkiem szerzenia się. Ta różnica w wynikach, otrzymanych przez nas, a przez innych klinicystów, tłómaczy się niezawodnie różnorodnością metod badania bolesności. O istnieniu bolu zwykle sądzą z podmiotowych skarg chorego; tymczasem w omawianej sprawie chorobowej skargi chorych są bardzo nieokreślone; my zaś wnioskujemy o bolesności, o ile ją wykażemy wyżej opisanemi metodami; a stwierdzona w ten sposób bolesność jest, jak wykazują nasze spostrzeżenia, bardzo cechującą i doniosłą w rozpoznaniu nieżytu miedniczek nerkowych.

II.

Oprócz bolesności w okolicy nerkowej jedną z najznamienniejszych oznak przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych są czasowe zaostrzenia choroby, przebiegające z znacznem nasileniem bolu w okolicy zajętej nerki, dochodzącem nieraz do stopnia typowej kolki nerkowej, podniesieniem ciepłoty, pogorszeniem stanu ogólnego i zmianami w składzie moczu podczas napadu i w dniach następnych, lub tylko z wzmocnieniem bolu, pogorszeniem ogólnego samopoczucia i zmniejszeniem ilości moczu.

Zastanawiając się nieco szczegółowiej nad przebiegiem zaostrzeń, musimy najpierw zaznaczyć, że w niektórych razach (spostrz. IV, V, VI[3])) podczas zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczce nerkowej odruchowo występuje również bolesność w okolicy nerki zdrowej; niekiedy nawet bolesność po tej stronie, pomimo miedniczki zdrowej jest silniejsza, niż po stronie miedniczki zajętej (spostrz. VI); gdy zaostrzenie przemija, bolesność w okolicy nerki zdrowej znika zupełnie, lub pozostaje w nader słabym stopniu. W podobnych przypadkach jedynie spostrzeżenie w ciągu dłuższego czasu wyjaśnia, która miedniczka ulega sprawie zapalnej. O tem zjawisku wspominają również Israël, Küster[15]) i inni.

W innych razach, gdy zaostrzenie już ustąpiło i bolesność w okolicy chorej miedniczki znacznie się zmniejszyła, występuje nadzwyczaj wyraźna nadczułość powłok zewnętrznych w okolicy nerki z tyłu, w podżebrzu i wzdłuż moczowodu, zatem w tychże częściach, gdzie poprzednio występowała bolesność przy badaniu lub samoistnie (spostrz. IV). Nadczułość trwa przez pewien czas, poczem znika do następnego zaostrzenia. Zaznaczając ten ciekawy objaw, nie będziemy jednak zastanawiać się nad nim szczegółowo, tembardziej, że w obecnym czasie w naszej klinice prowadzą się pod bezpośredniem kierownictwem jednego z nas badania nad czuciem skórnem w różnych chorobach wewnętrznych[4]).

Podczas zaostrzenia nieżytu miedniczki nerkowej chorzy uskarżają się zwykle na bole głowy, nudności, niekiedy wymioty; stan ich ogólny staje się apatycznym; chorzy unikają wszelkich ruchów, które zwiększają ból; w niektórych razach powstaje wzdęcie brzucha, bole w brzuchu, zaparcie stolca i t. d.; objawy ze strony przewodu pokarmowego występują zwłaszcza w tych przypadkach, w których chorzy już przed tem ulegali przewlekłemu nieżytowi jelit. W niektórych z naszych spostrzeżeń (spostrz. III, VI) objawy ze strony jelit zaznaczyły się na tyle wyraźnie, że zapalenie miedniczki nerkowej zupełnie nie występowało na pierwszy plan; jeśliby w tych przypadkach nie była zwróconą uwaga na utajone bole w okolicy nerki, to wszystkie objawy chorobowe byłyby niezawodnie tłómaczone jedynie z punktu widzenia rozpoznanego nieżytu jelitowego, a sprawa chorobowa w miedniczce nerkowej byłaby przeoczoną, tembardziej, że mocz nie przedstawiał początkowo żadnych zmian wybitniejszych. Musimy jednak zaznaczyć, że objawy jelitowe występują nieraz na długo przed powstaniem sprawy zapalnej w miedniczce i zaznaczają się tak silnie, że powstało przypuszczenie, czy te nieżyty miedniczki nerkowej nie po-

[3]) Rzymskie znaki wskazują N. spostrzeżenia, które przytaczamy niżej dla udowodnienia ważniejszych naszych zapatrywań

[4]) Wyniki tych badań, prowadzonych z mego zlecenia przez kol Ingego, podam w swoim czasie do wiadomości czytelnikom »Przeglądu lekarskiego« (W. Orłowski).

wstają na drodze podrażnienia ich substancyami trującemi, które zostały wchłonięte z jelita, lub też drobnoustrojami jelitowymi, przeważnie laseecznikami okrężnicy, które z jelita dostały się do krwi i następnie wydzieliły się drogami moczowemi. Istotnie, podobne nieżyty miedniczki nerkowej, opisane w ostatnim czasie przez Heubnera i Baginskyego, jako tak zw. *coli-pyelitis*, zdarzają się u dzieci, cierpiących na przewlekłe zaparcia lub rozwolnienia. Podobneż spostrzeżenia ogłosili niedawno Fiłatow, Israël i inni. Do tegoż rzędu należy najprawdopodobniej i jedno z niżej przytoczonych spostrzeżeń naszych (VI).

W niektórych wreszcie przypadkach ogólny stan podczas zaostrzenia pogarsza się na tyle, że nasuwa się podejrzenie jakiejkolwiek ogólnej choroby zakaźnej, n. p. duru brzusznego. Tak, n. p. w spostrzeżeniu V zaostrzenie przebiegało z wysoką gorączką, wybitnym stanem durowym, obrzmieniem wątroby i śledziony, wzdęciem i bolami brzucha i rozwolnieniem; różyczki nie było; silna bolesność po jednej stronie okolicy nerkowej wskazywała na możliwość nieżytu miedniczki; podobne przypuszczenie znalazło potwierdzenie w dalszym przebiegu choroby.

Ciepłota podczas nasilenia choroby w przeważnej liczbie przypadków podnosi się wśród objawów dreszczu i pozostaje wysoką w ciągu 6—7 dni, a następnie opada szybko (spostrz. IV, V) lub powoli (spostrz. I). Nie zawsze jednak napadom towarzyszy podniesienie ciepłoty. Wogóle trzeba przyznać, że osobiste właściwości chorych mają ogromny wpływ na stan ciepłoty. N. p. u niektórych osobników ciepłota prawie nie podnosi się (spostrz. II), jakkolwiek napady są bardzo silnie wyrażone; u innych zaś (spostrz. III), już w razie słabego nasilenia choroby, ciepłota dochodzi do wysokich stopni, niekiedy wreszcie gorączka trwa przez długi przeciąg czasu (spostrz. V, VI). Zaostrzenie więc w przeważnej liczbie przypadków przebiega z gorączką, lecz gorączka nie ma typu stałego. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Wskazówki ogólne. Przedewszystkiem raz jeszcze podnieść należy, że dziecko przed 6-tym rokiem życia nie powinno iść do szkoły, ani zaczynać w domu nauki; w niektórych krajach jest to nawet unormowane ustawą, która nie pozwala przyjmować wcześniej do szkół dzieci.

W szkołach elementarnych dziecko nie powinno dłużej się uczyć jak 3, najwyżej już 4 godziny dziennie w wyższych klasach i to z pauzami kwadransowemi co godzinę, które najlepiej użyć na bieganie na wolnem powietrzu, gimnastykę szwedzką, zabawy, gry, lub jak we Francyi mustrę, która dzieciom tyle sprawia przyjemności. W każdym razie czas przeznaczony na pauzę nie powinien być spędzonym w klasie.

Prócz tych kilku ogólnych wskazówek, ważnych także ze względu i na oczy, nie będziemy zastanawiać się nad resztą postulatów higieny szkolnej, lecz przejdziemy odrazu do tych urządzeń, jakich higiena wzroku w szkołach wymaga.

Oświetlenie. Na pierwszym planie staje sprawa oświetlenia. Regułą tu jest, że nauka powinna odbywać się wyłącznie przy świetle dziennem, nigdy zaś, chyba wyjątkowo, gdy już tego w żaden sposób uniknąć nie można, przy świetle sztucznem. Światło musi być dostateczne, ale nie olśniewające, a więc nie może słońce padać na ławki bezpośrednio, ani też odbite od błyszczących ścian sąsiednich budynków. Światło to nie powinno padać z przodu, ani z dołu, tylko z lewego boku, lub z obu stron. To są ogólne kardynalne warunki tego, co nazywamy dobrem oświetleniem.

Niedostateczne oświetlenie działa szkodliwie w ten sposób, że zmusza ucznia do przybliżania oczu do książki tem więcej, im światło jest skąpsze, a nadmierne zbliżanie jest jednym z ważnych czynników, wywołujących krótki wzrok. Cohn znalazł w szkołach o dobrem oświetleniu krótki wzrok (myopię) u 1% do 6% uczniów, podczas gdy w szkołach źle oświetlonych odsetek ten wynosił 7% do 15%.

W klasie szkolnej, gdzie siedzi kilkunastu lub kilkudziesięciu uczniów, chodzi nie tylko o ogólne oświetlenie całej sali, ale daleko więcej o to, aby każda ławka otrzymywała dostateczną ilość światła. Tu wiele zależy już od samej budowy szkoły, od odległości, w jakiej stoi ona od innych domów i dla tego przy stawianiu nowych szkół wzgląd ten powinien być między innymi starannie brany w rachubę. Higieniści francuscy żądają, aby domy inne stały dwa razy dalej od szkoły, niż wynosi ich wysokość, bo wtedy tylko nie będą zabierać potrzebnego światła klasom na parterze. Warunek ten wszędzie, gdzie tylko można, powinien być uwzględniony; w przeciwnym razie nie należy umieszczać klas szkolnych na parterze, lecz dopiero na piętrach.

Ściany klas muszą być jasne, aby jak najwięcej odbijały światła, przytem jednak nie całkiem białe, bo wywołują olśnienie; Cohn radzi jako najpraktyczniejszą barwę ścian jasno-szarawą przy białym suficie. Aby w klasach słonecznych słońce nie padało bezpośrednio na ławkę lub twarz uczniów, klasy takie muszą mieć w oknach szyby matowe, albo lepiej zasłony z szarego płótna tak urządzone, aby w miarę potrzeby można zasłaniać dolną lub górną część okna.

Co się tyczy oświetlenia jednostronnego i obustronnego większość higienistów oświadcza się za oświetleniem jednostronnem i to, jak wyżej powiedziano, z lewego boku. Przytem jednak najdalsze od okna miejsce powinno dostawać tyle światła, co najbliższe. Da się to uzyskać przez zachowanie odpowiedniego stosunku między wysokością okien a głębokością sali, ale uważać trzeba, aby dolny brzeg okien nie dochodził do wysokości oczu siedzących uczniów, a to dla uniknięcia wpadania światła od dołu, co jest bardzo przykre i szkodliwe dla wzroku. Liczba okien musi być zastosowaną do wielkości sali, zawsze jednak lepiej, jeżeli jest ich więcej, aniżeli mniej, a za to o tyle większych. Stosunek między powierzchnią okien razem wziętych, a powierzchnią sali szkolnej ma wynosić przynajmniej $1/4$ powierzchni.

We Francyi przepisy żądają, aby wysokość okien wynosiła $1/3$ głębokości sali, większość jednak okulistów z Javalem i Gałęzowskim na czele uważa to tylko za *minimum*, które należy zawsze przekroczyć *in plus*, o ile tylko stosunki na to pozwalają tak, aby wysokość okien równała się połowie głębokości danej izby. Jest to o tyle słusznem, że dopiero wtedy ławki, stojące pod ścianą przeciwległą oknom, dostają światło bezpośrednie, a nie odbite od ścian, pośrednie.

Szczyt każdego okna sięgać ma jak najwyżej do sufitu, a dolna krawędź znajdować się o 1 m. 20 ctm. nad podłogą. Przytem szczyty okien mają być płaskie, nie łukowe lub spiczaste, a wewnętrzne krawędzie nyż okiennych ścięte skośnie. Przy dwuskrzydłowych oknach ramy i krzyże środkowe muszą być możliwie wązkie.

Dopiero jeżeli niemożliwem jest z jakichkolwiek powodów zapewnić przy jednostronnem oświetleniu danej sali, a mianowicie wszystkim jej miejscom potrzebnej ilości światła, uciec się trzeba do oświetlenia obustronnego. Radzą jednak wtedy, aby okna prawe były mniejsze niż lewe, żeby zawsze większość światła padała z lewej strony. Trzeba także uważać, aby oczy uczniów nie doznawały przytem olśnienia przez spotykanie się na ławce tych świateł, pochodzących z dwóch przeciwnych sobie kierunków.

Często zachodzi potrzeba w niektórych salach, n. p. rysunkowych, oświetlenia górnego; każda więc szkoła powinna mieć kilka izb w ten sposób urządzonych.

Jeżeli już nauka pewnych przedmiotów koniecznie odbywać się musi wieczorem, to oświetlenie sztuczne powinno odpowiadać wszystkim tym samym warunkom, jakich wymagamy od oświetlenia dziennego pod względem siły światła, dostatecznego oświetlenia każdej ławki i t. d. Przy sztucznem świetle trzeba jeszcze nadto zwracać uwagę na wytwarzające się ciepło które, jeżeli rozgrzewa oczy i głowy uczniów, jest szkodliwem. Najlepiej zatem, jeżeli lampy o silnem świetle są umieszczone w górze w dostatecznej odległości od głów i oświetlają światłem rozproszonem przez szklane kule matowe.

W szkołach przy oświetleniu sztucznem zachodzi pytanie, czy lepiej umieszczać światła w ten sposób, aby dostarczały całej sali dostatecznej do pracy ocznej ilości światła, czy też umieszczać lampy tak, aby każda ławka miała swoje światło. Pierwszy sposób ma tę zaletę, że mniej lamp, a za to silnych, umieścić można tak wysoko, aby ciepło od nich nie udzielało się uczniom, drugi sposób zaś, że każda ławka, mając swoją osobną lampę mniejszą, może być jednako oświetloną [1]).

Wogóle przy sztucznem oświetleniu w szkołach trzeba trzymać się następujących reguł: każdy uczeń musi mieć na swej ławce przynajmniej *minimum* wymaganej do pracy ocznej ilości światła: płomień, chociażby nie rozgrzewający mocno, powinien być zawsze osłonięty tak, aby oczy ucznia go nie widziały, a ciepło, wytwarzające się przy paleniu czy to lamp wiszących, czy stojących, nie powinno rozgrzewać głowy i oczu. Dostateczne oświetlenie małą ilością świateł ułatwia bardzo ta okoliczność, gdy klasa niema dużo uczniów; wtedy też i mniej wytwarza się ciepła, a zanieczyszczenie powietrza, powstające bądź co bądź zawsze przy wszystkich niemal oświetleniach sztucznych, będzie mniejsze. A więc, pomijając już inne względy, chociażby tylko z tego powodu unikać należy przepełnienia pojedynczych klas.

Takie wzorowę oświetlenie dzienne lub sztuczne możliwem jest w budynkach nowych, stawianych już z zachowaniem przepisów higieny; istnieje jednak jeszcze większość szkół starych, przeto, zanim te kiedyś zastąpione zostaną innemi, koniecznie należy domagać się, aby niekorzystne dla wzroku warunki zostały w nich bezzwłocznie poprawione, co możliwem jest przy nie wielkim nawet stosunkowo nakładzie.

Ciemne klasy można bowiem uczynić jaśniejszemi przez pomalowanie ścian sufitu, drzwi i pieców jasną barwą; pomalowanie jasno domów naprzeciw szkoły stojących; usunięcie lub obcięcie drzew stojących pod oknami; umieszczenie na zewnątrz okien reflektorów; wybicie nowych okien lub powiększenie dawnych, oraz ściosanie ukośne krawędzi framug, zwłaszcza jeżeli mury są grube i framugi zbyt głębokie. Zresztą trzeba koniecznie w szkołach nieszczególnie oświetlonych zastosować naukę do tych gorszych warunków, układając inny, odpowiedniejszy rozkład godzin, żeby czytanie, pisanie, rysunki i t. p. odbywały się wtedy, kiedy najwięcej pada światła dziennego do klas. Pod tym względem powinno się dyrektorom poszczególnych szkół zostawić więcej swobody, aby ci, nie krępowani szablonem, mogli rozłożyć inaczej naukę pojedynczych przedmiotów bez uszczerbku dla całości.

Mówiąc o oświetleniu, nie mogę przemilczeć bardzo obecnie aktualnej sprawy nauki jednorazowej. Pomijając wszystkie inne względy higieniczne, które za nią przemawiają, sam chociażby tylko wzgląd na oczy i wzrok jest wystarczającym, aby przeważyć szalę na korzyść jednorazowego systemu szkolnego. W naszych szkołach zaprowadzony ten system okazał się w praktyce korzystnym i zdaje się, że dzięki interwencyi kolegów, którzy jednogłośnie oświadczyli się przeciw dwurazowej nauce, mimo chwilowego niebezpieczeństwa, jakie mu groziło, nie ulegnie już zmianie.

Ł a w k i. Uczeń przy nauce powinien tak siedzieć, aby górna część ciała była wyprostowaną, albo tylko nieznacznie ku przodowi nachyloną, plecy podparte, a nogi oparte całą stopą o podłogę lub podnóżek. Odległość książki przy czytaniu, a zeszytu przy pisaniu, nie powinna być przytem mniejszą niż 30 ctm., co najwyżej 25 ctm. Taka poprawna pozycya jest ważną nie tylko ze względu na wzrok, ale też i na stos pacierzowy, który przy innem siedzeniu ulega bardzo często różnym skrzywieniom.

Obmyślenie stosownych ławek szkolnych zaprzątało od dawna umysły lekarzy i higienistów, a dziś istnieją już rozmaite modele higienicznych ławek, których konstrukcya opiera się na następujących zasadach:

1) Ławka musi wymiarami swymi odpowiadać dokładnie wzrostowi ucznia, a więc w każdej klasie powinny się znajdować ławki różnej wielkości, albo urządzone w ten sposób, że zapomocą osobnego mechanizmu dadzą się podnosić i zniżać.

2) Wysokość stolika nad siedzeniem ma być tylko cokolwiek większą, niż odległość łokcia spuszczonego ramienia od kości siedzeniowej; odległość ta wynosi zwykle 1/8 długości całego ciała.

3) Przedni brzeg siedzenia powinien nieco podchodzić pod stolik, bo tylko wtedy możliwem jest przy pisaniu wyprostowanie górnej części ciała.

4) W takiej ławce trudno i niewygodnie jest stanąć uczniowi, dla tego pulpit stolika musi być ruchomy, żeby się dał odsunąć przy wstawaniu, albo zamiast tego ławka każda ma być obliczoną tylko na dwóch uczniów i stać w ten sposób, żeby każdy z nich mógł wyjść i stanąć obok na ten czas, kiedy ma odpowiadać lekcyę.

[1]) Nie mogę tu wchodzić w szczegóły różnych rodzajów oświetlenia sztucznego, gdyż jest to materyał zbyt duży. W drukującej się obecnie mojej książce p. t. „Popularna higiena wzroku“ poświęcam temu osobny rozdział i tam też czytelniku odsyłam. *Dr. Langie*

5) Wysokość siedzenia równać się ma długości nóg od kolan do stóp, czyli wynosić 2/7 długości całego ciała.

6) Szerokość siedzenia powinna wynosić 1/5 długości ciała.

7) Oparcie ławki wystarczy, jeżeli sięga trochę powyżej krzyżów siedzącego, a nie może być proste, lecz odpowiednio do wygięcia kręgosłupa wygięte.

8) Pulpit stolika ma być do pisania nachylony od 9·5 do 15-tu stopni i dać się nieco więcej nachylić przy czytaniu.

Według powyższych zasad zbudowaną jest w Niemczech tak zwana wirtemberska higieniczna ławka szkolna o różnych wymiarach dla uczniów różnego wzrostu. Dla ucznia wysokości 115 ctm. ławka ta ma następujące wymiary: szerokość siedzenia 23 ctm., wysokość 33 ctm., różnica między wysokością siedzenia a stolika wynosi 20 ctm., szerokość pulpitu równa się 32 ctm., a długość jego dla jednego ucznia 48 ctm., siedzenie podchodzi pod pulpit na 4 ctm.

Ponieważ w ciągu roku dzieci, zwłasza młodsze, szybko rosną, przeto pożądanem byłoby, aby co pół roku wszyscy uczniowie byli mierzeni i zależnie od tego przesadzani do innych ławek, lub jeżeli są ławki, posiadające odpowiedni mechanizm, to ostatnie były przystosowywane do zaszłych we wzroście uczniów zmian. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Doniosły wpływ na czynność narządu mowy wywierają: nastrój, usposobienie, wzruszenia umysłowe (affekt). Strach, obawa, podniecenie itp. mogą spowodować nagłą zupełną nieczynność, tj. niemotę. Człowiek staje jak wryty, nie jest w stanie słowa wydobyć, jak to określa stary wieszcz: „obstipui, steteruntque comae et vox faucibus haesit“ (Vergilli Aeneis II wiersz 774). Przypominam wiersz naszego poety: „strach w języku skurczył nerwy“ („skutki przestrachu“ przez Kaminskiego). Już w ramach fizyologicznych wzruszenia umysłowe, wstrząśnienie moralne, nawał krwi do głowy, albo nagła niedokrewność mózgu, wreszcie lekkie zaburzenia w krążeniu i odżywieniu mózgu, szczególnie zaś u osób dotkniętych chorobą sercową, albo miażdżycą tętnic, mogą spowodować różne zaburzenia dysartryczne, dysfatyczne lub dyslogiczne, a jeszcze prędzej zmodyfikować istniejące już takie zaburzenia. Wszak już lekka niestrawność, lub zmartwienie itp. mogą u niektórych ludzi, zwłaszcza u nerwowo usposobionych, wywołać osłabienie pamięci słownej i zatamować bieg myśli i prąd mowy, chociażby tylko chwilowo. Człowiek, znajdujący się w stanie zupełnie zdrowym, gdy popadnie w roztargnienie, lub chwilowe ponure usposobienie, albo znajduje się śród nasilonego zajęcia umysłu, gdy się zatopi w myślach, to z braku uwagi może mówić parafatycznie i pisać paragraficznie; tensam brak uwagi, ale w wyższym stopniu prowadzi do parafazyi chorobowej. Innym razem, w odmiennych okolicznościach i warunkach, podobne stany mogą wywierać wpływ pobudzający, umożliwiając wytworzenie słów i zdań, oraz płynną i szybką mowę (*polyphrasia, logorrhoea*), nawet u chorego niemego, nie będącego w stanie samodzielnie mówić. Nieraz niemy w afekcie wykrzyknie „Jezus Marya“, albo jakie przekleństwo, którego w spokoju duchowym absolutnie wymawiać nie jest w stanie. Pod wpływem silnego wstrząśnienia moralnego niemy może nawet na trwałe mowę odzyskać (w przytoczonym wyżej wierszu „co strach odjął, wrócić może“. Porównaj podanie o synu Krezusa). Zamięszanie, wstydliwość i t. p. mogą wywołać fałszywe obrazy dźwiękowe i ruchowe i przyczynić się do różnych odmian zakłócenia mowy i słuchu. Pewne wahania w nasileniu zaburzenia afatycznego niektórzy autorowie przypisują także niewyjaśnionemu jeszcze psychicznemu usposobieniu (Lissauer, Byrom Bramwell).

Z tych to wyżej wyłuszczonych powodów choroba nie zawsze przedstawia w praktyce czysty obraz niemoty typowej i rzadko kiedy jeden przypadek jest tożsamym z drugim. Przeważnie ma się do czynienia z różnemi kombinacyami zaburzeń korowych, pod- i zakorowych, zupełnej i częściowej, organicznej lub czynnościowej przerwy tych lub owych torów, z osłabieniem lub zniesieniem funkcyi tego lub owego ośrodka lub części ośrodków i trudno będzie w danym razie oznaczyć, jaką formę mamy przed sobą i jaki jest udział każdej części mózgu w obrazie chorobowym. Często dopiero bardzo dokładne i ścisłe badanie i dłuższe zajmowanie się chorym umożebni ustalenie pewnego rozpoznania formy afazyi. Byrom Bramwell, podnosząc również trudność, a nieraz niemożność przepowiedzenia symptomatologii afatycznego zbioru objawów ze specyalnej lokalizacyi zmiany w mózgu i odwrotnie: trudność wnioskowania z objawów o lokalizacyi, dopatruje przyczynę tych trudności w zawikłanej naturze mózgowego mechanizmu mowy, w obustronnem umieszczeniu ośrodków mowy w mózgu i w różnorodnem uzupełnianiu i zastępowaniu jednych przez drugie, dalej w różnicy zupełnego a częściowego ich uszkodzenia, w różnorodnej przewadze to jednego, to drugiego ośrodka, uwarunkowanej bądź usposobieniem wrodzonem, bądź wprawą chorego; sądzi on zatem, że tylko grubsze typowe formy dadzą się rozpoznać i lokalizować, powołując się przytem na naukę o nowotworach mózgu. Pick powiada, że mamy do czynienia z równaniem, zawierającem kilka nieznanych, którego rozwiązanie jest ideałem naprzód kroczącego badania naukowego.

Zaburzenia niezupełne i mięszane, spowodowane niecałkowitem zniesieniem funkcyi ośrodków, albo nierównomiernem zajęciem jednego lub kilku ośrodków i kombinacyą równoczesnego zajęcia kilku miejsc, przybierają formy nie dość ściśle odgraniczone i niewyraźne, które najlepiej nazywać formami atypowemi. Częściowe uszkodzenie mowy, zdolności czytania i pisania, wywołujące zamięszanie słów, nazywamy parafazyą, paraleksyą, paragrafią; zwolnienie, utrudnienie lub szybkie znużenie się tych czynności nazywamy dysfazyą, dysleksyą, dysgrafią. Pewna część autorów nazywa wszystkie zaburzenia mowy, wywołane słabością pamięci, mianem afazyi amnestycznej. Kussmaul ogranicza wyraz ten do pewnej formy afazyi ruchowej, do której zalicza także afazyę ataktyczną. Obie formy pojawiają się w różnym stopniu także jako afazye częściowe. W ciężkich przypadkach mogą wszystkie słowa zniknąć z pamięci. Najlżejsza forma afazyi częściowej polega na opuszczaniu tylko pewnych głosek w mowie, n. p.

chory mówi zamiast lampa — lama, zamiast wtorek — worek i t. p. (ataxie literale). Czasem taki chory rozporządza tylko jedną zgłoską, jednem słowem, albo jednym szeregiem słów, które zawsze powtarza i któremi odpowiada na wszystkie pytania; albo wszystkie rzeczy, które widzi, nazywa jednem i tem samem mianem, n. p. na palec, chleb, piwo, mówi klucz. Zawsze ma te same wyrazy na ustach, n. p. „tak-tak“, „tak i nie“, albo pewne frazesy konwencyonalne, n. p. „jak się masz“, albo umie wymawiać tylko swoje nazwisko, albo tylko pewne liczby, lub pewne wykrzykniki, jak „Jezus, Marya“, albo jakieś przekleństwo (monophasia).

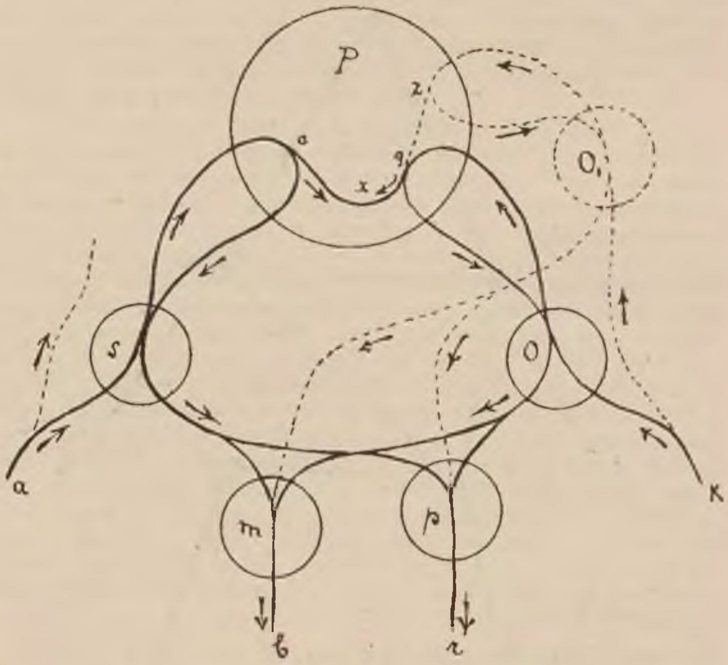
Wskutek częściowego znikania włókien, kojarzących różne ośrodki, przewodzenie podniet odbywa się na drodze innych niewłaściwych włókien, z czego wynika wymawianie fałszywych słów, pomięszanie wyrazów, szczególnie zaś używanie pewnych słów zamiast innych podobnie brzmiących, jak n. p. stół — wół, ręka — męka, moda — woda, co się nazywa parafazya. Zdarza się, że ze wszystkich słów chory pamięta tylko litery początkowe i widząc n. p. lampę, wie, że słowo zaczyna się od *l*, ale nie więcej i szuka w słowniku pod literą *l* tak długo, aż znajduje szukane słowo „lampa“, które poznaje i wymawia (przyp. Gravesa). Innym razem chory nie znajduje pewnego wyrazu osobnego, mimo że go łatwo wymawia w związku z innemi słowami; n. p. bardzo dobrze wylicza po kolei wszystkie dni tygodnia, albo wszystkie miesiące roku, a nie jest w stanie wymówić pewnego dnia, mimo że wie, o który dzień idzie — i zamiast n. p. „poniedziałek“, powiada: „jest to drugi dzień w tygodniu, przed wtorkiem i po niedzieli“, a właściwego wyrazu nie znajduje. Pewien chory mówił dobrze „toujours“ i „tout-de-même“, a nie był w stanie wymówić słowa „même“, ani „jour“. Albo chory liczy dobrze po kolei, a pewnej liczby nie tylko nie może wymówić, ale nawet powtórzyć, albo potrafi to tylko w pewnym obcym języku, a nie w rodzinnym; n. p. chory liczy dobrze i łatwo od 1 do 10; zapytany, ile 10-letnie dziecko ma lat, albo ile jest 2×5, nie jest w stanie wyrazić słowa „dziesięć“ i powiada: „jest to liczba, która następuje po 9 i jest przed 11, nazywa się po francuzku „dix“, po łacinie „decem“, a zapomniał, jak się nazywa ta liczba w języku własnym (przyp. Vidala). Innym razem chory ma trudność w rachunkach i nie może operować liczbami, albo też potrafi dobrze odejmować i dodawać na papierze, a nie umie tej procedury wyrazić w słowach (przyp. Prousta).

Czasem pewne wyrazy brakują choremu tylko w jednym języku, w innych zaś je pamięta. Najczęściej doznaje braku pamięci dla imion własnych i dla rzeczowników i to częściej dla pojęć konkretnych, niż dla oderwanych. Zjawisko to tłómaczy Kussmaul tem, że w ciałkach komórkowych mózgowia potrzeba znacznie większego pobudzenia i liczniejszych kombinacyj dla tworzenia pojęć oderwanych, niż dla konkretnych, zatem związki organiczne, łączące pojęcia oderwane ze słowem, są liczniejsze, silniejsze, niż związki między pojęciami konkretnemi a słowem. Wyobrażenia rzeczy i osób luźnie są połączone z odpowiednimi wyrazami, możemy bowiem przedstawić je sobie w umyśle i bez wyrazu, zapomocą wyobrażenia zmysłowego „*Das Sinnenbild ist hier wesentlicher als das Sinnbild*“, t. j., że obraz zmysłowy jest tu ważniejszy, niż jego symbol. Pojęcia zaś oderwane o stanach, stosunkach i własnościach rzeczy uzyskujemy tylko zapomocą słów, dla tego są one ściślej połączone ze słowem, niż pojęcia konkretne. Czasowniki, zaimki, przymiotniki, przyimki i przysłówki mają ściślejszy związek z myśleniem; rzeczowniki zaś ze zmysłami; dla tego pamięć wyrazów dla pierwszych utrzymuje się lepiej i dłużej, niż dla tych ostatnich.

Stopnie przejściowe prowadzą od stanu prawidłowego do chorobowego, albowiem już w ramach fizyologicznych zauważyć można podobne stany: tak n. p. u ludzi starszych zanika wcześnie pamięć dla osób, przedmiotów i ich nazw, gdy pamięć myśli, faktów i zdarzeń jeszcze dobrze jest utrzymana.

Zdarza się, że chory, cierpiący na zupełną afazyę ruchową i nie będący w stanie wymawiać ani jednego słowa, wygłasza bardzo dobrze, śpiewając tekst jakiejś pieśni.

Osobną formę zaburzenia nowy natury ruchomej przedstawia tak zw. alliteracya. Wynika ona z braku uwagi

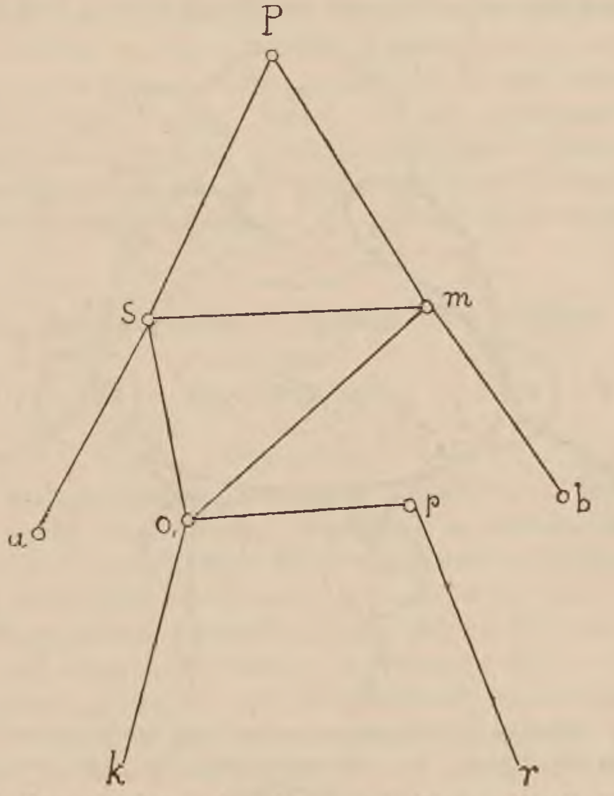


Rys. V. $s=$ ośrodek słuchowy czuciowy, $p=$ ośrodek ruchowy dla pisania ręką prawą, $m=$ ośrodek ruchowy dla mowy, $o=$ ośrodek wzrokowy.

i polega na zamięszaniu zgłosek, n. p. jeżeli ktoś mówi zamiast „głowa mnie boli“ — „bola mnie głowi“ i t. p.

Podobnie zdarzają się braki częściowe w czytaniu i pisaniu. Zachodzą n. p. przypadki, gdzie chory nie poznaje sam pewnej litery. Jeżeli mu się pokaże literę *a*, to on nie wie co to jest, jak się ta litera nazywa, nie poznaje jej. Zapytany zaś, czy to jest *b, d, a*, natychmiast sobie przypomina i powiada, że to *a*. Pochodzi to ztąd, że pamięciowy ośrodek wzrokowy jest za słaby; gdy zaś do pobudzenia tego ośrodka dołącza się podnieta ośrodka słuchowego, pamięć pierwsza, silniej pobudzona, budzi się i następuje poznanie odpowiedniej litery. Można także przypuścić, że w takim przypadku przewodnictwo od ośrodka obrazów liter do ośrodka obrazów dźwiękowych jest przerwane, droga zaś odwrotna jest utrzymana. Zdarza się też, że chory może czytać pojedyncze litery jakiegoś słowa, a nie jest w stanie złączyć ich w wyraz całkowity. Zaburzenie w czytaniu liter może być połączone z prawidłową zdolnością odczytywania liczb; mogą tylko pojedyncze litery, liczby, lub nuty muzyczne wypaść

z pamięci i chory nie jest zdolny ich wymówić albo przeczytać, jednem słowem zdolność pamięciowa okazuje luki dla pewnych głosek, sylab albo słów. Niektóre ciekawe przypadki aleksyi przytaczam dla przykładu: Jeden chory odczywał liczbę 253 jako: „dwa, pięć, trzy“, a zapomniał zresztą znaczenia liczb, zależnego od ich miejsca (przyp. Trousseaua). Muzykant gra dobrze ze słuchu, a zapomniał znaczenia nut (przyp. Finkelnburga). Oppenheim opowiada o chorych, którzy nie umiejąc czytać, znajdowali odrazu melodyę pieśni, których tekst im przedkładano. Inny chory, umiejący dobrze pisać nuty, a nawet komponować i poznający słyszane melodye, nie był w stanie grać podług nut (przyp. Prousta). Pewny chory Westphala, cierpiący na aleksyę, dobrze pisał dyktowane, ale pisanego czytać nie był w stanie: żeby przeczytać, robił ruchy ręką, jakby kopiując pisane litery i tak pisząc po powietrzu, potrafił czytać. Przez ruchy ręki przypominał sobie brzmienie i dźwięk



Rys. II. Znaczenie litery jak wyżej, o = ośrodek wzrokowy dla liter.

widzianego słowa. Kussmaul tłómaczy ten przypadek tem, że człowiek wykształcony potrafi obrazy ruchowe dla liter przeobrazić w obrazy głosowe i te ostatnie kombinować ze słownymi obrazami słuchowymi. Ten przypadek przemawia za przypuszczeniem Kussmaula i Spamera, że istnieje nie tylko droga, prowadząca bodźce od ośrodka *s* do *p*, lecz także odwrotna od *p* do *s* (szemat Kussmaula). (Patrz Rys. V.). Ja sądzę, że przypadek ten według szematu Małachowskiego daje (Patrz Rys. II.) się wytłómaczyć w ten sposób, że droga dośrodkowa *o*, — *s* była niesprawna, osłabiona. Bodziec zaś, pochodzący od *p*, wzmacniając sprawność tej drogi, jest w stanie zrobić ją czynną, albo też należałoby dla pewnych osób przyjąć bezpośrednie połączenie między *p* a *s*, jak to Kussmaul w swoim szemacie uwidocznił.

Nareszcie agrafia może także być zupełną, albo częściową. N. p. chory umie tylko pisać kilka liter, pewne słowa, tylko swoje nazwisko, innych zaś nie. Pewien muzykant był mimo zupełnej afazyi i agrafii w stanie napisać nuty słyszanej melodyi (przyp. Lasegue).

Niektóre osoby zdradzają od dzieciństwa niezdolność rozróżniania tonów muzykalnych, albo brak wszelkiego poczucia harmonii. Ta wrodzona tępota zmysłu muzykalnego zdarza się w pewnych rodzinach szczególnie często i może przechodzić z pokolenia na pokolenie. Innym razem słuch muzykalny, przedtem istniejący, ulega zaburzeniu, a może zupełnie zaniknąć. Kilka podobnych przypadków przytacza Urbantschitsch. W niektórych przypadkach zaburzenia te występują jednocześnie z utratą mowy. Wernicke, Antoni i in. spostrzegali przypadki niemoty czuciowej przy nienaruszonym zmyśle muzykalnym. Zaburzenia w zakresie tego zmysłu zdają się być pochodzenia ośrodkowego. Według Knoblaucha mają istnieć w układzie mózgowym osobne drogi dla słuchu muzykalnego.

Niezdolność rozumienia tonów *(Tontaubheit)* nazywa się amuzyą (Knoblauch). Różne jej formy występują jako głuchota, amnezya, agrafia, paragrafia i aleksya muzykalna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Robert Behla. **Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe.** *Berlin, nakład R. Schoetza.* 1903. str. 48 i 4 tablice.

W Luckau, rodzinnem mieście autora, ma rak zdarzać się częściej w dzielnicy, sąsiadującej z bagnistymi rowami, z których mieszkańcy biorą wodę do polewania ogrodów i do płókania jarzyn. W tejże dzielnicy częstszą ma być choroba kapusty, wywołana przez roślinnego pasorzyta t. zw. *„plasmodiophora brassicae“*. Stąd wniósł autor, że przyczyną raka u ludzi mogą być również pasorzyty roślinne, pochodzące z bagnistej wody.

W obecnej pracy opowiada autor szeroko historyę swych w tym kierunku dociekań i twierdzi, że swoistym sprawcą raka u ludzi jest pasorzyt roślinny z klasy skoczkowatych (*chytridiaceae*). Pasorzyt ten bowiem, wywołujący u roślin bujanie komórek nabłonkowych, przeszczepiony na zwierzęta, ma przekształcać się w twory wewnątrzkomórkowe, zupełnie podobne do tworów, spotykanych w komórkach rakowych. Zdanie patologów, że twory takie w komórkach rakowych są skutkiem zwyrodnienia, resztkami pochłoniętych przez komórki krwinek lub śladami śródkomórkowego wydzielania i t. p., zwalcza autor w tonie niezmiernie wojowniczym.

Stosownie do swoich poglądów zaleca autor dla zapobieżenia rakowi trzymać się tych zasad, jakie obowiązują w innych chorobach zakaźnych, kładąc szczególny nacisk na to, by nie jadać surowych jarzyn, które uważa za główne przenośniki zarazka.

Staranne wydanie pracy dobrze świadczy o firmie nakładowej R. Schoetza. *Prof. Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Kaufman. **Przyczynek do nauki o przedarciach sklepień pochwy podczas porodu.** (*Archiv für Gynaecol.* Tom 68, Zeszyt 1, 1903). Omówiwszy rozwój piśmiennictwa tego przedmiotu, podaje autor historyę 82 przypadków, zebranych z literatury, oraz własnej praktyki. W połowie tych przypadków przedarcie przechodziło równocześnie na szyjkę i trzon macicy. Zależnie od tego rozróżnia K. przedarcia pochwy pojedyncze i powikłane; ze względu zaś na przyczynę powstania: samoistne i gwałtowne. W materyale tym było 49 przedarć samoistnych, a 29 gwałtownych. Pochwa jest tak słabą częścią narządu rodnego, że każdy zabieg położniczy, nie-

ostrożnie wykonany, bez względu na to, czy narzędziem, czy ręką, może wywołać gwałtowne przedarcie sklepień pochwy. Przy przedarciach samoistnych 2 czynniki wchodzą w rachubę: zmiany anatomiczne pochwy i niestosunek między płodem a miednicą. Zmiany anatomiczne w postaci blizn, zwyrodnień, zmian kiłowych i zapalnych należy raczej uważać za przyczynę usposabiającą, za bezpośrednią zaś wpływ mechaniczny. Ten ostatni tłómaczy teorya Bandla, Freunda i Sängera o samoistnem pęknięciu macicy. Wskutek niestosunku porodowego przychodzi do rozciągnięcia dolnego odcinka macicy. W przypadkach, gdzie ujście macicy lub szyjka jest ustaloną, np. wskutek jej zbliznowacenia, lub wklinowania między poprzedzającą częścią płodu (główka) a miednica (spojenie łonowe), może przyjść do pęknięcia macicy; jeżeli jednak brak jest tego ustalenia, wówczas ujście macicy przesuwa się nad poprzedzającą częścią płodu ku górze, a w razie dalej istniejącego niestosunku, przychodzi do tak znacznego rozciągnięcia sklepień pochwy, że musi nastąpić ich pęknięcie, a nawet zupełne oderwanie od macicy. Ponieważ oba te wpływy (anatomiczny i mechaniczny) łatwiej i częściej występują u wieloródek, dlatego samoistne przedarcia zdarzają się prawie tylko u nich; gwałtowne zaś przeważnie u pierwiastek. Do przyczyn wywołujących samoistne pęknięcie sklepień pochwy przy porodzie należy jeszcze obwisły brzuch. I tu bowiem działają zwykle powyższe dwa wpływy, o ile brzuch obwisły przydarza się najczęściej u wieloródek z wąską miednicą. Nadto jest jeszcze trzeci czynnik. Im większy brzuch obwisły, tem i macica znaczniej opada ku przodowi, wywołując silne napięcie głównie tylnego sklepienia pochwy; to też pęknięcia sklepień pochwy przy obecności brzucha obwisłego spostrzegano prawie tylko w tylnem sklepieniu. Objawy pęknięcia sklepień pochwy są tak mało charakterystyczne, że rozpoznanie pewne możliwe jest tylko przez badanie wewnętrzne. Przy grożącem pęknięciu wyczuwamy silne napięcie i ścieńczenie, przy dokonanem zaś pojedynczem większą lub mniejszą szparę, którędy, zależnie od umiejscowienia, można się dostać nierzadko — do jamy brzusznej. W tych przypadkach przychodzi zwykle do wystąpienia płodu i łożyska do jamy brzusznej. Bólu charakterystycznego niema, krwawienie nie jest zwykle nadmierne. Nie tak rzadko natomiast spostrzegano wypadnięcie pętli jelita i otrzewnej. Na 80 przypadków autora jama otrzewnowa była 68 razy otwartą; 14 razy wypadły jelita; 29 razy znaleziono płód, a 30 razy łożysko w jamie brzusznej. Przy pęknięciach powikłanych przeważają objawy ze strony pękniętej macicy. Rokowanie przy pęknięciach powikłanych zależy od stanu macicy; przy pojedynczych jest wcale dobre. Śmierć może nastąpić z powodu zakażenia lub krwotoku (jeżeli przedarcie przeszło na tkankę przymaciczną). Z 80 przypadków autora 28 zakończyło się śmiercią = 35%, a mianowicie 18 z zakażenia, a 10 w następstwie krwotoku. Z 40 pęknięć pojedynczych zakończyło się śmiertelnie 10 przypadków = 25%, z tego tylko 2 w następstwie krwotoku = 5%. Rokowanie dla płodów jest złe. Leczenie zależy od tego, czy pęknięcie nastąpiło (względnie zauważono) przed, czy po porodzie: w pierwszym razie trzeba poród jaknajszybciej ukończyć, bez względu na to, czy płód żyje, czy nie. Jeżeli płód znajduje się w macicy, należy się posługiwać zabiegami zmniejszającymi go (wymóżdżenie, wypaproszenie); jeżeli zaś płód przeszedł już do jamy brzusznej, należy się starać wyciągnąć go drogą pochwy, nie zaś drogą cięcia brzusznego, jak niektórzy radzą z obawy przed rozszerzaniem rany, lub zakażeniem. Wyjątkowo tylko należy postępować drogą cięcia brzusznego w przypadkach bezwzględnego ścieśnienia miednicy, guzów lub zwężeń pochwy. Przy rozpoznaniu pęknięcia po porodzie idzie tylko o zaopatrzenie rany. W tym celu jedni wycezkują, inni wyjmują całą macicę prawie w każdym przypadku. Zdaniem autora postępowanie lecznicze powinno być o ile możności zachowawcze, a zabiegi wykonywane drogą pochwy. Typem leczenia powinien być szew założony od strony pochwy. W razie podejrzenia o zakażenie nie należy zaszywać całej rany, lecz pozostawić otwór dla sączkowania gazą jodoformową. Jeżeli krwawienie jest bardzo silne, a naczyń podwiązać nie można, należy tamponować; a gdy to nie pomoże, bezzwłocznie przystąpić do cięcia brzusznego. Wyjęcie macicy należy ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie równocześnie istnieje znaczne pęknięcie macicy; i tu metodzie przez pochwę należy dać pierwszeństwo, gdyż jak wielu operatorów zauważyło, zabieg ten bardzo łatwo się udaje właśnie z powodu pęknięcia pochwy, a ma wiele zalet. Niektórzy polecają jeszcze pozaotrzewnowe zaopatrzenie rany. Jedni z nich dostają się do niej przez dokonanie cięcia Bardenheuera (2 palce nad i równolegle do więzadła Pouparta), inni drogą cięcia lędźwiowego, polecanego przy wyjęciu nerki. Każdą z tych metod należy połączyć z leczeniem objawowem, polegającem na zachowaniu spokoju, stosowaniu okładów lodowych, podawaniu makowca i środków podniecających.

Dr. E. Ehrenpreis

Docent Dr. Sternberg (Wiedeń). **O schorzeniach nerwowych w przebiegu miażdżycy tętnic i skazy moczanowej.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 7, 1903). Pominąwszy etyologię i anatomię patologiczną miażdżycy, jako rzeczy powszechnie znane, można podzielić cały przebieg stwardnienia tętnic w stosunku do cierpień nerwowych na trzy okresy. W pierwszym okresie występują zaburzenia ogólno-odżywcze, chorzy bardzo często tyją, siwieją wcześnie i szybko; inni znowu okazują zanik skóry, przyczem skóra dziwnie połyskuje i prześwieca, traci elastyczność i staje się coraz cieńszą. Ze strony narządu krążenia można zauważyć wysoko napięte tętno i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Drugi okres odznacza się napadami t. zw. okresowego chromania: podczas spokoju nie wyczuwają chorzy żadnych dolegliwości; po półgodzinnem jednak chodzeniu nadmiernie się nużą, skarżąc się przytem na ból w łydkach; w dalszym zaś ciągu choroby bolesność ta coraz częściej występuje, łącząc się z uczuciem mrowienia w stopie i wyraźnymi kurczami łydkowymi; po należytem wypoczęciu rzeczone objawy znikają. Podczas takiego kurczu palce u nóg są zimne, sine, czasami znów blade, niedokrewne. Także w innych narządach pojawiają się objawy „okresowego chromania", w sercu np., jako bolesność w okolicy mostka, rozpromieniając się do kończyn, zwolnione tętno, uczucie ucisku na klatce piersiowej, wogóle objawy dusznicy bolesnej; podobne zaburzenia (bóle) występują ze strony przewodu pokarmowego, lub ze strony nerek w postaci przemijających obrzęków i białkomoczu. Znamienną wreszcie cechą trzeciego okresu jest wytworzenie się jakiegoś ściśle ograniczonego cierpienia, jak zapalenie mięśnia sercowego łącznie z niedomogą serca, tętniaki i zakrzepy żylne.

Również ponad istotę i etyologię skazy moczanowej przechodzi sprawozdawca wprost do cierpień nerwowych, tu się pojawiających. Mogą one być pochodzenia mózgowego, lub ściśle nerwowego; do pierwszych należą neurastenia rzekoma, zawroty głowy i migrena — zaburzenia, które zresztą nic znamiennego nie przedstawiają. Na uwagę tylko zasługuje zapalenie gośćcowe nerwów, ograniczające się często do kończyn górnych i postrzał. Za pochodzeniem gośćcowem ostatniego cierpienia przemawia wejrzenie tych chorych: są otyli, twarz ich zaczerwieniona, nie rzadko cierpią na przewlekły nieżyt oskrzelowy, żylaki i guzy krwawnicowe, tu i owdzie napotkać także można różne zmiany chorobowe w stawach. Co się tyczy leczenia, to zasady zapobiegawcze polegają w skazie moczanowej na odpowiedniem odżywieniu, w szczególności na t. zw. jarstwie (wegetaryanizmie); z leków zaś zasługują na uwagę przetwory i wody alkaliczne, wreszcie termoterapia (gorące powietrze, ciepłe kąpiele, muł), elektryczność i mięsienie. W leczeniu miażdżycy stoją na pierwszem miejscu przetwory jodu, nitrogliceryna i teobromina; w ostatnich czasach zachwalają bardzo agurynę; naparstnica winna być stosowana jedynie w przypadkach z cięższemi zaburzeniami ze strony serca.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Kurt Ehrlich. **Przyczynek do kazuistyki nowotworów trzustki.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Autor podaje dwa przypadki z kliniki chirurgicznej w Giessen, z których jeden sam spostrzegał, a był to śródbłoniak trzustki; w drugim przypadku był mięsak trzustki. Obraz chorobowy tych przypadków był następujący: bóle brzucha, rozprzestrzeniające się do krzyżów, stolec zaparty, odżywienie upośledzone; w brzuchu dawał się wybadać guz okrągławy, nieruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, elastyczny, o powierzchni gładkiej. Przy operacyi okazywała się powierzchnia guza gładką, pokrytą tylko ścianą brzuszną i więzadłem żołądkowo-okrężnicowem; nakłócie zaś dało treść płynną brunatnawą, surowiczo krwawą. Tylko w pierwszym przypadku można było po nacięciu dopiero powiedzieć, że się ma do czynienia z nowotworem złośliwym, a nie z torbielem trzustki. Obraz kliniczny wskazywał w obu przypadkach na torbiel trzustki, nie było żadnych wskazówek rozpoznawczych guza złośliwego, nigdzie wybitnej zbitości lub guzowatości, a nakłócie obu guzów utwierdzało jeszcze rozpoznanie torbiela trzustki. Przypadki te zakończyły się śmiercią. Badanie drobnowidowe pierwszego przypadku wykazało śródbłoniaka, który wyszedł z nabłonka naczyń krwionośnych; w drugim mięsaka, biorącego początek ze ściany torbiela. W każdym razie powinno się na podstawie tych spostrzeżeń przy rozpoznawaniu dużych torbieli pochodzenia nieurazowego i u ludzi w podeszłym wieku, pamiętać zawsze o tem, że przy operacyi można się spotkać z nowotworem złośliwym, lub, co wynika z przypadków innych autorów, można widzieć powstawanie nowotworu w przebiegu następowego leczenia już operowanego torbiela trzustki. Rokowanie powinno więc być ostrożne. Autor przestrzega przed nakłóciem, gdyż z jednej strony nie daje ono pewności rozpoznania, z drugiej zaś może się do jamy brzusznej wylewać płyn, wcale nie obojętny, o treści nowotworu złośliwego.

B. Żmigród.

Veverka. **Zapobieganie zapaleniu oczu u noworodków przez profilaktyczne zakraplanie protargolu.** (*Die Heilkunde* Nr. 1, 1903). Przytoczywszy statystykę zapalenia rzeżączkowego oczu w rozmaitych krajach, przytacza autor doświadczenia, przeprowadzone z protargolem na 1100 noworodkach. Autor zakrapla 20% rozczyn protargolu; na 1100 przypadków było cztery razy zapalenie rzeżączkowe; pojawiło się ono jednak w dniach późniejszych, w 7-ym i 8-ym; uważa więc je, jako zakażenie następowe i dlatego oblicza odsetek zapalenia po zapobiegawczem zakraplaniu na O. Jako zalety protargolu podnosi: nieznaczne zapalenie odczynowe, nieszkodliwość zapuszczonej nawet większej ilości, łatwość techniczna zakraplania, a w końcu i to, że po zakraplaniu protargolem nie potrzeba niczem oczów przemywać. [Zalety przytoczone prawie dosłownie z prac poprzednio ogłoszonych Engelmana i Piotrowskiego, w „Cent. f. Gyn. 1901, Nr. 1 i Nr. 31", a o których autor nie raczy wspomnieć].

Przy następowem zakażeniu radzi zakraplać dwa razy dziennie tensam rozczyn protargolu. Przy postępowaniu tem, jak twierdzi autor, zapalenie ma w trzech dniach znikać. W końcu radzi autor dać środek ten położnym, jako mało szkodliwy, a w skutkach swych pewny, aby zapobiedz zapaleniu rzeżączkowemu oczu noworodków, zamiast polecanego ustawą „zakraplania 2% rozczynem, przez lekarza zapisanym, azotanu srebra w przypadkach, gdy znajdą u matki ropną wydzielinę pochwy, zapalenie pochwy guzkowate (*Kolpitis granulosa*) i kłykciny (*condylomata acuminata*). [Autor widocznie nie zna nowej ustawy z dnia 10/IX 1897, Dz. U. p. Nr. 216, która w przepisach dla położnych §. 22 nakazuje przemyć oczy rozczynem kwasu borowego; przy obrzmieniu powiek i obfitszej wydzielinie śluzowej ze szpary powiekowej zażądać zbadania lekarskiego, a jeżeli krewni chorego dziecięcia nie wezmą lekarza, donieść jak najrychlej zwierzchności gminnej. Nigdzie więc ustawa najnowsza nie pozwala zapuszczać rozczynu azotanu srebra]. *P.*

L. v. 'Aldor. **Wewnętrzne leczenie kamicy żółciowej.** (*Archiv f. Verdauungskrankheiten*, Tom VIII, Zeszyt 6, 1902). Wśród uwag, dotyczących rozpoznawania kamicy żółciowej, oraz istoty tego cierpienia, znajdujemy nowsze zapatrywania na żółtaczkę. Do niedawna żółtaczka uważaną była za kardynalny objaw kamicy, dziś zaś wiadomo, że występuje ona jedynie wtedy (i to nie zawsze), gdy cierpienie nie ograniczyło się tylko do pęcherzyka żółciowego, lecz przeszło z niego na inne narządy, a więc w pierwszym rzędzie na przewód pęcherzykowy, lub żółciowy. Ponieważ właśnie pęcherzyk najczęściej bywa pierwszem siedliskiem choroby, przeto żółtaczka w początkach choroby rzadko występuje; tak np. statystyka Kehra wykazuje żółtaczkę w 20% przypadków, a według 'Aldora tylko w 10%. Badania lat ostatnich przyniosły jako doniosłą zdobycz twierdzenie, przyjęte zarówno przez internistów, jak i przez chirurgów, że przy kamicy żółciowej jądro sprawy stanowią sprawy zapalne na tle zakaźnem; wszystkie objawy kamicy dadzą się wytłómaczyć zupełnie zadawalniająco temi sprawami zapalnemi bez uciekania się do przyczyn mechanicznych, t. j. przechodzenia kamyków. Wobec tego doszczętne leczenie kamicy nie polega bynajmniej na usunięciu kamyków, lecz na stłumieniu spraw zapalnych, a obecność kamieni lub brak ich nie może być probierzem skuteczności tej lub innej metody leczniczej.

Zdaniem 'Aldora rozporządzamy dwoma środkami w zwalczaniu kamicy żółciowej: leczeniem karlsbadzkiem i zabiegiem operacyjnym. Antypirynę, salicylan sodowy, oliwę, eunatrol można pominąć, gdyż stosowanie ich powszechnie jest znane, a przytem żaden z tych środków z leczeniem karlsbadzkiem porównać się nie da. Autor leczenie prowadzi w następujący sposób: przedewszystkiem zaleca spokój i łóżko, gorące okłady po pięć godzin przed i po południu, najlepiej zapomocą termoforów i wodę ze „Sprudla" 50—55° C. od 700 ctm.³ do 1½ l. dziennie w równych porcyach co 2 godziny; przytem dyeta obfita, naturalnie niedrażniąca. Leczenie to trwać powinno, dopóki nie ustąpią wszelkie bóle i wrażliwość na ucisk; w ogromnej większości przypadków można przy tem leczeniu osiągnąć zupełne wyleczenie w ciągu 4—5 tygodni. Skuteczność tej metody autor odnosi do przeciwzapalnego działania wody karlsbadzkiej na błony śluzowe; własności „wypędzania" lub „rozpuszczania" kamyków, przypisywane wodzie karlsbadzkiej, są wytworem fantazyi. *Z. Czaplicki.*

Zangenmeister. **O rozszerzaniu szyjki, względnie ujścia macicy w końcu ciąży, lub podczas porodu zapomocą przyrządu.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 4). Z. sprzeciwia się używaniu rozszerzadeł, ponieważ wywołują mniej lub więcej wybitne pęknięcia brzegów ujścia, których przebiegu nie możemy dokładnie przewidzieć. Sięgają one nieraz wysoko aż do otrzewnej, powstając wbrew naszej woli i oczekiwaniu. W stosowaniu Dührssenowskich nacięć wiemy przynajmniej, co i jak daleko tniemy. Autor używał rozszerzadeł Bossiego i Frommera. Ostatnie jest lepsze, gdyż ma więcej ramion, ale za to ma tę wielką wadę, że rozszerza pochwę i to w wyższym stopniu, niż ujście, skutkiem czego pęka pochwa nieraz na znacznej długości. Lepiej pozostać przy balonie, lub w potrzebie naciąć brzegi, względnie nawet rozwiązać zapomocą pochwowego cięcia cesarskiego sposobem Dührssena.
Dr. Grzybowski (Kraków).

Aubertin. **Żylaki na czaszce w krzywicy.** (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1903, marzec). Fournier opisał niedawno zmiany w ścianach żylnych, spowodowane kiłą wrodzoną; a będące przyczyną rozszerzenia żył na czaszce. Mając sposobność spostrzegać podobny przypadek, starannie poszukiwał autor śladów kiły tak u dziecka, jakoteż u jego rodziców. Badanie w tym kierunku wypadło zupełnie ujemnie; natomiast stwierdzono u niemowlęcia daleko posunięte zmiany krzywicze, zwłaszcza na czaszce. Dziecko wkrótce zmarło; przy badaniu zwłok żyły skórne, opróżnione z krwi, były zaledwo widoczne; natomiast zatoki żylne były rozszerzone i obficie napełnione krwią, a tkanka mózgowa przedstawiała nieznaczny obrzęk. W komórkach mózgowych znaleziono znaczną ilość płynu mózgo-rdzeniowego. Fournier przytacza w swej pracy trzy przypuszczenia, mogące wytłómaczyć tworzenie się żylaków czaszki: 1) zwiększone ciśnienie śródczaszkowe i wodogłowie; 2) zmiany kostne na podstawie czaszki; 3) wrodzone zmniejszenie odporności ścian żylnych. Fournier zdaje się przechylać ku trzeciemu przypuszczeniu. W przytoczonym przypadku zmiany, jakie znaleziono równocześnie, mianowicie: rozszerzenie zatok opony twardej, mierny obrzęk substancyi mózgowej i wodogłowie każą przypuszczać, że przyczyną żylaków było tu podwyższone ciśnienie śródczaszkowe. Tem się tłómaczy brak zmian w ścianach żylnych i natychmiastowe zniknięcie żylaków po ustaniu przyczyny. Według Hochsingora żylaki u dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną, pojawiają się tylko wtedy, gdy dzieci te przedstawiają zmiany krzywicze czaszki, lub też wodogłowie. *Dr. T. Żeleński.*

Doc. K. Hochhalt (Budapeszt). **O leczeniu suchotników w naszych szpitalach na otwartem powietrzu.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 33, 1902). W peszteńskim szpitalu św. Szczepana urządzono w ogrodzie odpowiednie baraki dla chorych na gruźlicę, w których leczono w otwartem powietrzu przeszło 100 przypadków. Największy przybytek ciężaru ciała podczas leczenia wynosił 10 kilo. Wtórne zakażenia, a w ich następstwie nowe ogniska, nowe napady gorączki, zdarzały się u tych chorych o wiele rzadziej, niż dawniej. Świeże krwotoki płucne, zapalenie oskrzeli i opłucnej ustępowały szybko. Fakta te stanowią niewątpliwe zalety wspomnianego leczenia. Trzeba zerwać z dotychczasowym sposobem leczenia suchotników w zamkniętych salach szpitalnych, przepełnionych prątkami gruźliczymi. Jeżeli rząd wprowadzi tę dobroczynną reformę leczenia suchotników w otwartem powietrzu przy budowie nowych szpitali i odmówi zezwolenia w razie nieuwzględnienia opisanego urządzenia, to społeczeństwo zyska bardzo dużo na tem leczeniu suchotników. *Dr. Baschkopf.*

Derjużińskij. **Wycięcie śledziony wędrującej.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). Badanie krwi, dokonane przez D. w jednym przypadku znacznego powiększenia śledziony, wykazało 95% hemoglobiny, 4,700.000 krwinek czerwonych i 11.000 białych; stosunek wzajemny krwinek wynosił 1: 420. Wskutek różnych dolegliwości, zależnych od śledziony, D. zdecydował się ją wyciąć. W 6 tygodni po operacyi ilość hemoglobiny wynosiła 90%, krwinek czerwonych 4,260.000, białych 19.150, stosunek 1: 220; w 9-tym tygodniu hemoglobiny 70%, w 11 tygodni 75%; w tym czasie wystąpiło powiększenie gruczołów szyjnych, podszczękowych, pachowych i pachwinowych; w 12 tygodni po operacyi hemoglobiny 80%, krwinek czerwonych 3,700.000, w 18 tygodni hemoglobiny 85%; po upływie 6 miesięcy hemoglobiny 92%, po 6¼ miesiącach hemoglobiny 94%, krwinek czerwonych 4,000.000, białych 12.000, po 10¼ miesiącach hemoglobiny 98%, krwinek czerwonych 4,500.000, białych 16.000. Z tego spostrzeżenia D. wnioskuje, że wycięcie śledziony nie wywiera szkodliwego wpływu na tworzenie krwi.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Dr. F. König. **Przyrząd do unoszenia, ułatwiający niektóre zabiegi operacyjne i zakładanie opatrunków.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). Do stołu Stelznera przystosował K. ławeczkę, która może być po bocznych szynach przesuwana w tył i naprzód, zapomocą zaś korby i kółka zębatego łatwo unoszona, względnie obniżana. Ławeczka taka, podłożona pod chorego w odpowiedniej okolicy ciała, przed uśpieniem, może być łatwo wraz z chorym, na niej leżącym, wykręconą w górę ponad stół, czy to podczas operacyi, czy też po operacyi (w celu założenia opatrunku). *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa Prof. Sikorskiego

III. Kol. Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu członkowi ś. p. kol. Ściborowskiemu, które stojąc wysłuchali obecni.

IV. Kol. Spira demonstrował przypadek przebicia przegrody nosowej w pośrodku przegrody chrzęstnej. Przyczyna powstania tego ubytku w tym przypadku nie jest wiadomą; prelegent przypuszcza, że jest to albo wada utworowa, albo też skutek przebycia wrzodu dziurawiącego przegrodę *(ulcus septi perforans)*, choroby, mogącej nie dawać żadnych objawów. Inne przyczyny, wywołujące ubytki w przegrodzie, zatem kiłę, gruźlicę, wilka, trąd, nosaciznę, zapalenie ochrzęstnej nosa można w tym przypadku wykluczyć, podobnie też i działanie pyłu chromowego. Leczenie chirurgiczne, polegające na wstrzykiwaniu parafiny, dało wynik ujemny: dlatego kol. prelegent leczy obecnie ten ubytek przez przyżeganie jego brzegów.

V. Kol. Bier wygłosił odczyt: „O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych".

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Założenie szkoły głównej krakowskiej.

Kazimierz, któremu potomność dała przydomek Wielkiego, gdyż Polskę obdarzył publicznemi urządzeniami, mającemi stać się dźwignią jej pomyślności i bujnego rozwoju, uznał trafnie, jako jeden z głównych warunków potęgi i samodzielności narodowej, usilną a rozległą uprawę nie tylko powszednich, ale i wszelkich wyższych nauk. W tym celu już w r. 1337. według Radymińskiego *(Annalium almae Academiae Cracoviensis Centuria prima et 2-da* w Muczkowskiego wiadomość o założeniu Uniw. Jagiell. Krakow. 1857) polecić miał wyjeżdżającemu w sprawie żałoby na chciwy i przewrotny zakon krzyżowy do Awinionu Janowi Grotowi, biskupowi krakowskiemu, żeby obok tego, rozpatrzywszy się we francuskich zakładach naukowych wyższych, a zwłaszcza w paryskim, przywiózł z sobą kilku profesorów prawa i filozofii. Jakoż 3-ch sprowadził, których król miłościwie i z hojnością przyjął i umieścił.

Wkrótce potem — według tegoż Radymińskiego — w lat 10, a wedle rzeczywistej daty przywileju, dopiero w r. 1364 tenże sam mądry monarcha, idąc za światłą radą uczonego arcybiskupa Gnieźnieńskiego Jarosława Bogoryi Skotnickiego, pragnąć kraj i pod względem naukowym wyzwolić z pod zależności obcej i ułatwić jego mieszkańcom czerpanie światła w ojczyźnie, miasto coby inaczej z drogim nakładem mienia, a nawet z narażeniem w niebezpiecznej dalekiej podróży, zdrowia i życia, do Włoch lub Francyi w tymże celu udawać się musieli, jak to między słusznymi powodami wyraźnie przytacza bulla, potwierdzająca erekcyę szkoły głównej Urbana V. *(Ibidem str. 8. i str. 64. Cum itaque.... civitas sua Cracoviensis, quae in regno suo Poloniae consistit et insignior est aliis civitatibus dicti regni a studiis generalibus nimium distare noscatur et propterea iurisperitorum et literatorum personarum copia in eodem regno minime habeatur multique ex clericis nobilibus dicti regni eundo ad studia generalia huiusmodi capti alii vero in captivitate detenti morti tradito fuerunt etc.)*, postanowił założyć to ognisko nauk, o którem przywilej Kazimierza powiada: *„Sitque ibi scienciarum revalencium margarita, ut viros producat consilii maturitate conspicuos, virtutum ornatibus redimitos ac diversarum facultatum eruditos, fiatque ibi fons doctrinarum irriguus, de cuius plenitudine hauriant universi literalibus cucupientes imbui documentis"*. [Niech tu będzie głównych nauk perła, aby wydawała mężów dojrzałością rady znakomitych, uwieńczonych w cnót ozdoby i biegłych w różnych umiejętnościach i niech tam będzie źródło obfite nauki, z którego pełności czerpać mają pragnący napoić się naukami wyzwolonemi.] Wedle tego wiekopomnego nadania królewskiego noszącego datę Zielonych świąt d. 20 maja r. 1364, wskazującą, że Szkoła krakowska, wzniesiona początkowo we wsi Bawoł przy Kazimierzu, o lat 16 jest młodszą od praskiej, a o rok starszą od wiedeńskiej, — urządzona ona została na wzór uniwersytetów włoskich bonońskiego i padewskiego, a nie jak wielu, n. p. Sołtykowicz mylnie powtarza, na wzór paryskiego. Jak w tamtych, zaprowadzono i w tej rzeczypospolitej nauk, zasady samorządu i to na najszerszej, ile być może, podstawie, bo na powszechnem oparte głosowaniu. Wybierali bowiem nie nauczający, lecz uczniowie na posady nauczycielskie płatne, a rektorem mógł być wybrany tylko jeden z uczących się, a żaden profesor. Przyznane są wielkie zresztą korzyści wszystkim osobom, wchodzącym w skład Szkoły głównej, do których przywilej zalicza: rektora, doktorów, magistrów, uczniów *(scolares)*, pisarzów *(scriptores)*, księgarzów, albo raczej utrzymujących potrzebny zapas rękopisów *(stationarii)*, bedellów. Wszyscy ci mieli zapewnione uwolnienie od myta i cła, umiarkowane ceny żywności i mieszkania albo bezpłatne, albo za tani najem im dostarczane, a co najważniejsze, nie podlegali zwykłym sądom, lecz swoim własnym rektorskim, od których nie było odwołania, chyba w razie skargi o nieważność jedynie do radców uniwersyteckich. Katedr płatnych ustanowił Kazimierz W. tymczasowo jedenaście, mianowicie 8 prawniczych, 2 fizyczne (według M. Wiszniewskiego i innych lekarskie; takiemu tłómaczeniu przeczy Muczkowski) i jednę nauk wyzwolonych *(Magister in artibus)*.

Z pierwszych miało sześć wyznaczonych rocznie po 40 grzywien (2194 złp), 5 po grzywien 20, tylko ostatniemu oddano szkołę Panny Maryi z dodatkiem 10 grzywien na rok. Rektor zaś za swoje trudy miał sobie przyznanych rocznie także 10 grzywien. Płace wzmiankowane na dochodach z żup wielickich były odkazane, a dla wygody uczniów w potrzebie pieniężnej zamianował król kampsora, t. j. żyda lichwiarza *(Campsorem v. Judeum)*, posiadającego dostateczny fundusz do udzielania pożyczek na dobry zastaw, który za tę usługę nie miał żądać więcej nad grosz od grzywny na miesiąc, co czyni 25 od sta na rok.

Muczkowski, na ważnych wskazówkach oparty, starał się dowieść, że dzieło wielkiego króla, aczkolwiek prawem i nadaniem uświęcone, nie zaraz weszło w wykonanie, lecz owszem, jeżeli nie zaniedbaniu, to w każdym razie znacznej uległo odwłoce, tak dalece, że Władysław Jagiełło Akademię przywilejem w r. 1400 dn. 16 lipca — na nowo niemal zakładać musiał.

Dowody Muczkowskiego są:

1) Nie wspomina o założeniu Akademii spółczesny kronikarz Jan, archidyakon gnieźnieński.

2) Na pogrzebie Kazimierza Wielkiego niema wzmianki o Akademii.

3) Królowa Jadwiga w r. 1397. fundowała w Pradze kolegium dla Litwinów.

4) W Pradze od r. 1367 do 1400 przeszło stu Polaków (a 23 z Krakowa) ubiegało się o bakalarskie i mistrzowskie stopnie w Wydz. fil., jak świadczy: *liber Decan. facul. phil. univ. prag.*

5) Władysław Jagiełło w swojem nadaniu tak się wyraża, jakoby nową zakładał Akademię.

6) Sprowadził on profesorów z zagranicy, a mianowicie z Pragi.

7) Maciej z Miechowa w swej kronice powiada: *Studium per Casimirum II orditum non tamen fuit consummatum in hanc diem.* (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

4. Zakłady przemysłowe.

Sprawozdanie w ustępie tym zaznacza naprzód, że od r. 1899 ustanowiono dla Galicyi zachodniej osobny inspektorat przemysłowy z siedzibą w Krakowie tak, że obecny inspektorat we Lwowie przeznaczony jest tylko dla Galicyi wschodniej i Bukowiny. Następnie przytacza Sprawozdanie cały szereg fabryk, rafineryj, gorzelni, warsztatów itd., jużto nowo powstałych, jużto dawniej w ruchu już będących i zaznacza przy każdej, czy i jakie urządzenia higieniczno-sanitarne w nich zaprowadzono. Nie mogąc powtarzać tu całego tego szeregu, stwierdzamy w każdym razie dość znaczny postęp na polu tej gałęzi higieny, jak również wcale wydatną czynność w tym kierunku lekarzy urzędowych. Żeby tylko zarządzenia ich były zawsze należycie poparte i wykonane; lecz o tem mówiliśmy już na początku tego referatu. Tu dodajemy jeszcze, że w tem przytoczeniu Sprawozdanie nie pominęło i dostrzeżonych, a dotąd nie usuniętych braków, do których w pierwszym rzędzie należą zanieczyszczania rzek i potoków wodą fabryczną, zwłaszcza z destylarni naftowych; zaś lekarzom urzędowym zarzuca, że w swych Sprawozdaniach uzupełniających rzadko zwracają uwagę na różne choroby zawodowe, że nie przytaczają dokładnej statystyki nieszczęśliwych wypadków w fabrykach, a wreszcie tłómaczy, jak należy rozumieć rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z 29 sierpnia 1899, orzekające w ustępie końcowym, „że nie należy uważać organów sanitarnych jako powołanych do zamykania źródeł materyalnego bytu przez wysuwanie na pierwszy plan względów sanitarnych przy udzielaniu koncesyj na zakłady przemysłowe“. Ten ustęp miał być w jednym powiecie tak tłómaczonym, żeby przemysłowcom żadnych trudności nie robić, wskutek czego w niektórych zakładach przemysłowych nie uwzględnia się najprostszych wymagań higienicznych. My jednak odnosimy z całej tej sprawy to wrażenie, że wszelkie rozporządzenia, choćby najobszerniejsze, złemu nie zaradzą. Tylko i jedynie u s t a w ą w s k a z a n e a s t a n o w c z e p o s t ę p o w a n i e wszystkich czynników powołanych może doprowadzić do celu. Albo fabryka mająca się założyć lub rozszerzyć odpowiada zasadniczym, u s t a w ą w s k a z a n y m wymaganiom higienicznym i sanitarnym, a więc może i powinna natychmiast otrzymać koncesyę; albo też powyższym wymaganiom nie odpowiada, a wtenczas należy koncesyi odmówić aż do chwili, w której dokładnie wytknięte w motywach do odmownych rezolucyj braki usunięte nie zostaną. Jeśli mimoto fabryka puszczoną zostanie w ruch, to właściciel jej, obok natychmiastowego przymusowego zamknięcia fabryki, winien być surowo ukaranym. Jeśli zaś pokaże się, że władza nadużyła ustawy i niesłusznie odmówiła koncesyi, to odpowiednie jej organa, a więc ewentualnie lekarz urzędowy, winny być pociągnięte do odpowiedzialności za nadużycie władzy.

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami po za aptekami.

Z końcem roku 1898 było w Galicyi 44 drogueryi; zaś z końcem roku 1899 było ich 46.

„Chociaż jest prawie regułą, że liczni droguiści przekraczają swe prawa..., to przecież bardzo rzadko można ich pociągać do odpowiedzialności“, tak umieją owe przekroczenia ukrywać. I znowu zdaje nam się, że albo ta ustawa jest niejasną, lub nie wystarczającą, a wtedy należy ją zmienić; albo też organa powołane nie zadają sobie dość trudu, by złe wykorzenić doszczętnie. Ponieważ najwięcej nadużyć popełniają droguiści we Lwowie i Krakowie, bo ich tu jest najwięcej, więc też ten obowiązek ciąży głównie na fizykach Lwowa i Krakowa. Do nich więc winno zwrócić się c. k. Namiestnictwo z surowem napomnieniem, by sprawy dopilnowali i często dokonywali rewizyi w tych drogueryach, a winnych dotkliwie karali. Niestety, nie tu miejsce na szczegółowsze omówienie sprawy, które doprowadziłoby nas wreszcie aż do reformy aptekarstwa, z każdym dniem coraz to niezbędniejszej. Panuje tu bowiem taki chaos i taki nieład, że czas już najwyższy, by różne i z różnych czasów pochodzące ustawy dotyczące aptekarskich spraw, raz przecie gruntownie zestawiono, zreformowano i wydano jednolitą ustawę, na którejby wreszcie polegać było można. Byłoby wskazanem, by żądanie takiej reformy było już dawno umieszczone w szeregu „wniosków krajowej Rady zdrowia“; brakuje go jednak, choć postawiono je po raz pierwszy w Sprawozdaniu z roku 1898. Z kazuistyki przytoczonej w Sprawozdaniu notujemy zaledwie siedm przypadków ukarania droguistów za nadużycia, konfiskatę ziół lekarskich, sprzedawanych po kramach, udzielanie koncesyi na wyrób, lub sprzedaż trucizn na myszy, wreszcie wypadek otrucia się dziecka karbolem, a trojga innych ciastkami, sprzedawanemi przez wędrownego żyda, którego nie zdołano odnaleźć.

6. Higiena szkolna.

Rozdział to najsmutniejszy może z całego Sprawozdania. Bo przypomnijmy sobie, że więcej niż połowa zmarłych, tj. 16‰ ludności całej w Galicyi rekrutuje się z dzieci do lat pięciu. Należałoby więc wszelkiemi siłami starać się, by pozostała reszta miała odpowiednie warunki rozwoju umysłowego i fizycznego. Jakie są warunki pierwszego, pouczają Sprawozdania Rady szkolnej. Jak wiele pozostawiają do życzenia warunki rozwoju fizycznego, widzimy z tego rozdziału, z którego, aby nas nie posądzono o przesadę, przytaczamy dosłownie parę przykładów: „Pomimo tej dość dużej liczby nowo wybudowanych szkół stan ich obecny jest bardzo pożałowania godny“.

„Jeżeli nawet przyjmiemy, że ocenianie budynków szkolnych przez władze szkolne jest trafne i że więcej niż 30% wszystkich szkół jest pomieszczonych w bardzo dobrych, a również tyle w dobrych budynkach, to nikt nie zaprzeczy, że w naszych stosunkach każda szkoła jest przepełniona, a liczba metrów sześciennych powietrza i przestrzeni podłogi jest niższą, aniżeli dopuszczalne minimum. Są klasy, w których na jednego ucznia przypada 0·2—0·6 podłogi, a zaledwie 0·9 sześciennych metrów przestrzeni, a przecież według Erismana nie powinna ta ostatnia wynosić mniej jak 3 metry sześcienne, nawet w najgorszej szkole wiejskiej“.

„Jeszcze gorsze jest oświetlenie klas, a przytem jeszcze prawie powszechnie panuje w naszych szkołach brak dobrych ławek szkolnych i odpowiedniej czystości“.

„Lekarz powiatowy w Przemyślu wydaje w swem Sprawozdaniu bardzo niekorzystny sąd o pomieszczeniu seminaryum nauczycielskiego żeńskiego i szkoły dla dziewcząt w klasztorze Benedyktynek w Przemyślu. Budynek ten niema żadnego podwórza, na istniejącem bowiem powystawiano różne walące się szopy, a wskutek tego musi około tysiąc dziewcząt spacerować podczas pauz tylko po ciasnych i cuchnących kurytarzach, oddechać kurzem i zepsutem powietrzem“.

„Co do szkół średnich, to stosunki w nich pod względem pomieszczenia nietylko się nie poprawiły, ale owszem stały się jeszcze przykrzejsze z powodu szybkiego wzrostu liczby uczniów, a w następstwie tego przepełnienia klas. Według urzędowego Sprawozdania c. k. Rady szkolnej krajowej przyjęto z początkiem roku szkolnego 1899/00 do gimnazyów i szkół realnych 20.263 uczniów, tj. o 1371 więcej, niż w roku poprzednim. Ten przyrost uczniów jest większy, aniżeli we wszystkich poprzednich latach, gdyż rok 1894/5 wynosił 572, w 1895/6 r. 879, w 1896/7 r. 989, w 1897/8 r. 1131, w 1898/9 r. 1254, a w 1899/00 już 1371 uczniów“.

„W celu pomieszczenia tak wysokiej liczby uczniów wynajęto we Lwowie, Krakowie i Rzeszowie więcej, niż 30 klas w prywatnych domach. Jest jasnem, że pomieszczenie takie nie odpowiada czasem najzwyklejszym wymaganiom pod względem sanitarnym, a lekarza urzędowego dlatego tylko nie zapytuje się o jego opinię, gdyż niema żadnego wyboru i ofiarowane lokale trzeba przyjmować, jako jedyne, jakie są w danem miejscu“.

„Ze sprawozdania c. k. Rady szkolnej krajowej za rok szkolny 1898/9 i 1899/00 dowiadujemy się, że wydane przez wymienioną władzę w roku 1897 plany normalne dla szkół ludowych w kraju przyjęto z niedowierzaniem, a nawet niechęcią i że z tego powodu zwołano w r. 1900 ankietę ze znawców, któraby koszta budowy jak najtaniej obliczyła. Między znawcami nie było jednak ani jednego lekarza, którVby mógł usunąć istniejące pod względem sanitarnym w planach budowy usterki“.

Na innem miejscu omówiliśmy i udowodnili dosłownemi przytoczeniami, jak mało u nas w kraju zważa się na zdanie lekarza-higienisty. Czy przyczyną tego są złe i niedostateczne ustawy, czy niewłaściwe postępowanie samych lekarzy, czy brak poparcia ich stanowiska przez władzę, czy wreszcie rzeczywista nędza w Galicyi absolutnie nie pozwala „na zbytek“ jakiejtakiej higieny? zdaje się, że wszystkie te przyczyny, a może i inne jeszcze, składają się na

to. Rzeczą jednak w pierwszym rzędzie samych lekarzy nie pozwolić, by złe zapuściło korzenie i rozrosło się.

Wszyscy winniśmy wszelkiemi siłami starać się zdobyć dla naszego społeczeństwa dobrodziejstwa higieny, dla naszej nauki należne stanowisko i poszanowanie, a dla nas samych poważanie i należyty posłuch. Wzór bierzmy z jednostek, jak przytoczony w Sprawozdaniu Dr. Gawlikowski, który w poczuciu swego zadania, nie oglądając się na osobne wynagrodzenie, a nawet nie mając nadziei osiągnięcia bezpośrednich skutków swej pracy. bada ze sporym nakładem trudów stosunki higieniczne szkół swego powiatu, to znów inny, nie uzyskawszy od Rady szkolnej pozwolenia na badanie (bezpłatne!) dzieci szkolnych i robienie odpowiednich spostrzeżeń, stara się urządzaniem szeregu odczytów zwrócić uwagę czynników odpowiednich na ważność i potrzebę higieny szkolnej; inny mimo nawału prac na innych polach, poświęca nieliczne chwile wypoczynku i znaczny nakład grosza, by stworzyć, prowadzić i doskonalić z każdym rokiem pierwszy w Austryi park dla zabaw i ćwiczeń dzieci. Inny zakłada wzorowy szpital dla dzieci, zjednywa mu środki finansowe od dobroczyńców i instytucyi, prowadzi i rozszerza ten szpital przez całe lata, a na tem nie poprzestając, zakłada kolonie lecznicze dla dzieci biednych.

Takich jednostek daj nam Boże więcej, a cel nasz osiągniemy pomimo braku poparcia, a nawet pomimo stawianych nam przeszkód.

Na zakończenie stwierdzamy chętnie, że Sprawozdanie przytacza i szkoły, — niestety nie liczne — nowo powstałe, a należycie urządzone. Po szczegóły odsyłamy do samego Sprawozdania, nie mogąc przytaczać wszystkiego. (Ciąg dalszy nastąpi).

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 28 kwietnia 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni członkowie Wydziału: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. Na pismo Dra *X* postanowiono odpowiedzieć, że Izba nie ma obowiązku dawania wyjaśnień, dla jakich powodów Rada honorowa zaniechała sprawy przeciw Drowi *Y*.

3. Przewodniczący zawiadamia, że na pismo Izby zarządzającej, by przyłączyć się do mającej się wnieść petycyi do Rady Państwa, zmierzającej do objęcia ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych także i lekarzy kasowych, dał, z powodu nagłości sprawy, telegraficznie odpowiedź przychylną. Wydział uznając powody, przyjmuje do wiadomości zarządzenie prezesa.

4. W sprawie zaproszenia na Zjazd delegatów towarzystw i Izb galicyjskich, mający się odbyć we Lwowie 4 maja b. r., którego celem jest omówienie kwestyi przystąpienia do instytucyi zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach przy Związku towarzystw lekarskich (*Vereins-Verband*) w Wiedniu, wywiązuje się ożywiona dyskusya, poczem Wydział uchwala: *a*) Starać się, by Izba do wyżej wymienionego Związku przystąpiła; *b*) zgodzić się na to, by utworzyć się mająca Komisya Krajowa, której zadaniem rozdawnictwo i zarządzanie funduszami, przeznaczonymi dla Galicyi, miała siedzibę przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich we Lwowie, by jednak w skład tej komisyi wchodzili także delegaci innych korporacyj, względnie delegat Izby zachodnio-galicyjskiej: *c*) wysłać na Zjazd do Lwowa Drów Trzebickiego i Kwaśnickiego, jako delegatów Izby.

5. Nad prośbą Stowarzyszenia studentów medycyny w Wiedniu o zapomogę przechodzi się do porządku dziennego.

6. Kilku Kolegom odpisano dawne zaległości.

7. Załatwiono prośby o uwolnienie od wkładek.

8. Pani F. wdowie po lekarzu przyznano zapomogę w kwocie 200 K.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14. maja.

* *Od prof. Rydygiera, prezesa Zjazdów chirurgów polskich, otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie:*

XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się 13 i 14, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 15 lipca, bieżącego roku, w Klinice chirurgicznej w Krakowie.

Zapraszamy jak zwykle wszystkich kolegów, którym powodzenie i postęp chirurgii wogóle, a chirurgii polskiej szczególnie, leży na sercu.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi stawiamy według uchwały ostatniego Zjazdu:

1 Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych. Reff. koll. Kader (Kraków) i Pruszyński (Warszawa).

2. Leczenie doszczętne przepuklin. Ref. Dr. Hordyński, starszy lekarz sztabowy.

Wobec powyżej wymienionych tematów spodziewamy się, że i Koledzy interniści licznie zechcą wziąść udział w naszych obradach, do czego serdecznie ich zapraszamy. — Życzyć należy, żeby operacye na drogach żółciowych, które u innych narodów tak często bywają wykonywane, nareszczcie i u nas zyskały należyte zaufanie, a cieszylibyśmy się, żeby do tego przyczyniły się właśnie nasze Zjazdy, podobnie, jak to się stało z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Posiedzenia odbywać się będą od 9—1 godz. przed poł. i od 2—4 godz. po poł.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od godz. 8—9 zwiedzanie Kliniki chirurgicznej. drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza.

Chorych, przeznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty, przyjmuje Klinika chirurgiczna w Krakowie

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się Wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do Kliniki chirurgicznej.

L. Rydygier, prezes Zjazdów chirurgów polskich.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg miał wykład: „O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego“.

* Wydział lekarski U. J mianował asystentami profesora kliniki lekar. krakowskiej. I. Dr. Józ. Latkowskiego, II. Dr. Kazim. Flisa i III. Dr. Erwina Mięsowicza.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Józef Schlank.

* Magistrat m. Krakowa zarządził bezpłatne szczepienie limfą ochronną. Odbywać się ono będzie przez lekarzy miejskich w środy i soboty od godziny 4-tej popoł. i potrwa od 15 maja do końca lipca. Dla obwodu I-go szczepienie odbywać się będzie przy ul. Karmelickiej L. 49; dla obwodu II-go przy placu św. Ducha L. 3; dla obwodu III-go w Szkole przy placu Wolnica.

* Izba lekarska wiedeńska zawiadomiła Izbę zachodnio-galicyjską o zorganizowaniu się Związku lekarzy kolejowych, do którego przystąpili lekarze kolei północnej, południowej i Towarzystwa kolei państwowej.

* Obawy wyrażone przez redakcyę »La Semaine médicale«, że organizacya XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego nie daje rękojmi powodzenia jego działalności naukowej, ziściły się w całej pełni. Wszelka dążność do zebrania materyału odczytowego, w celu odtworzenia całokształtu pracy naukowej Kongresu, była wprost uniemożebnioną przez niedbały i nieprzewidujący zarząd, a tem samem i o wyczerpującem sprawozdaniu z Kongresu madryckiego nie może być mowy.

Również wadliwie funkcyonowało »Biuro administracyjne«: nieład i brak dostatecznej liczby personalu narażały członków Kongresu na stratę czasu i wszelkiego rodzaju przykrości.

Wspaniałe przyjęcia, uroczystości, gościnność i rozrywki, które znakomicie powiodły się, nie zrównoważą ciężkich usterek w organizacyi działalności naukowej Kongresu i nie zatrą cierpkiego wrażenia, jakie kongresiści wywieźli z Madrytu. Ufajmy, że lekarze portugalscy, którzy widzieli w Madrycie, jak kongresów urządzać nie należy, zrehabilitują w tym względzie w r. 1906 opinię półwyspu Iberyjskiego.

* II-gi międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbył się między 20 a 22 kwietnia w Madrycie. Związek ten ostatecznie został ukonstytuowany, a statut uchwalony. Prezesem związku wybrany został 4 głosami na 7 wyborców Dr. Cortezo z Madrytu.

* Dr. M. Mendelsohn. prof. medycyny w Berlinie, został zawieszony w urzędowaniu profesorskiem do ukończenia dochodzeń, spowodowanych skargą dziewczyny histeryczki.

* Między 22 a 28 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (2 gm.), buczackim (1 gm.), dobromilskim (3 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (2 g.), lwowskim (2 g.), myślenickim (1 g.),

nadworniańskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), przemyskim (2 g.), przemyślańskim (1 g.), przeworskim (5 g.), rawskim (1 g.), rudeckim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (4 g.), stanisławowskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (2 g.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (2 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVI (19—25—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 38, zmarło osób 33, mianowicie: z gruźlicy 5 (1 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z płonicy 1 (zam.), z cholery niemowląt 2 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Lissauer za swe prace z dziedziny antropologii otrzymał tytuł profesorski. Docenci: Sobotta i Müller mian. prof. nadzwyczajnymi w Würzburgu. Prof. honorowy otyatryi Dr. Schwartze mian. prof. zwyczajnym. Doc. Lorenz mianow. prof. zwyczajnym patologii i terapii w Gracu. — Doc. Knauer mian. zwyczajnym prof. ginekologii w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. N. Flinder — w Lublinie. Dr. Antoni Izdebski — w Sebastopolu.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 9. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką a histeryą (dok.). Świeżawski: Kąpiele i łaźnie w dawnej Polsce.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 5. Herman: W sprawie podwiązywania moczowodów. Szumski: Ropne zapalenie opłucnej wyleczone sposobem K. Israela. Chłapowski: Pomoc zoologii w rozpoznawaniu niektórych nagminnych chorób i zapobieganiu im.

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. Ciechomski: W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego. Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy (c. d.). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Wąsowicz: Historya I Zjazdu balneologicznego. Nartowski: Światło i jego działanie lecznicze (dok.). Pełczar: Kilka uwag o potrzebie organizacyi lekarzy zdrojowych.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 169. Keller: Pielęgnowanie pępka u noworodków w praktyce (przetłómaczył z niemieckiego Dr. Lewenstein).

— *Medycyna* Nr. 18. Saks: Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać? Pisarzewski: Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18. Crha: Lečeni vláknino-vého zánětu plic kreosotalem (dok.). Brabec: O empyemu dutiny čelni (c. d.). Haussman: Pokus o nový způsob operativniho léčeni pištěli měchýřopochvových. Srdinko: O differencováni pohlavi a dědicnosti u clověka a zviřat.

— *Sbornik klinický* Nr. 4. Kulwirt: Cysta dermoidalni kořene nosu. Vitek: Svalové atrofie u hemiplegiků. Lhota: Icterus při zánětech slepeho střeva. Roháč: Poznamky o prognose při tabes dorsualis. Heveroch: O některých vzácnějších formách afasie. Šamberger: O nemocněni svalů následkem gonorrhoické infekce.

— *La Presse médicale* Nr. 35. Trousseau: Leczenie zezowatości. Mantoux: Różnorodność oddziaływania skóry. Oddziaływanie skóry po spożyciu kawy.

— Nr. 36. Vaquez i Laubry: Hemodyagnostyka w chirurgii. Mahé: Co lekarz może i powinien zrobić z odontologii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Böhler: Uwagi kliniczne nad guzami nerek, zwłaszcza nad złośliwymi nabłoniakami tego narządu. Hofbauer: Wpływ naparstnicy na oddechanie w chorobach serca. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o samoistnej postępującej niedokrewności złośliwej. Zumbusch: Wytwarzanie i odbarwianie wiscyny. Blum: Dalszy przyczynek do nauki o biodrze szpotawem spastycznem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Bial i Huber: W sprawie wydzielania kwasu glukuronowego. Lücke: Zapalenie gruźlicze otrzewnej z niedrożnością jelit. Malade: Wól połogowy. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (c. d.). Oppenheim: Ogólne zapalenie mięśni (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. Ebstein: O wczesnym nawrocie w włóknikowem zapaleniu płuc. Landsteiner i Jagic: O związkach i powstawaniu ciał uodporniających. Meyer: O kilku przypadkach wstrzymanego rozwoju nerki. Wolf: Przyczynek do etyologii raka przełyku. Segeli: Obustronne porażenie mięśnia odprowadzającego oko i boczne porażenie ruchów gałki ocznej. Schilling: W sprawie nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego. Menzel: Leczenie zapadających się skrzydeł nosowych przy oddechaniu. Sack i Veith: Antrasol — oczyszczona i bezbarwna smoła i jego wartość lecznicza. Cuno: Stałe tubusy i pełne kaniule przy utrudnionej dekaniulacyi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Gotschlich. Znajdowanie się pierwotniaków we krwi chorych na dur osutkowy. Karewski: Wywoływanie sztucznych zrostów opłucnowych w celach chirurgicznych. Weber: Pierwotne ostre rozmiękczenie kości kręgosłupa. Rössler: Wolumetryczne oznaczania białka w moczu. Spengler: Torakoplastyka i odkażanie jam w suchotach płucnych. (dok).

Redakcya otrzymała. K. W. Majewski: Alphabetisch geordnete Darstellung der Behandlungsmethoden, welche in der k. k. Universitäts-Augenklinik des San.-Rates prof. Wicherkiewicz in Krakau im Gebrauch sind.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowej postaci chorobowej, t. zw. durze rzekomym“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**